Rok XLV. Kraków 10 Lutego 1906. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag. w Krakowie.

Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok.

Podał

Prof. Dr. L. Wachholz.

(Dokończenie.)

W przypadku, opisanym na wstępie, mógł budzić wynik próby płucnej pewne wątpliwości, ile że w obec obecności baniek gazów gnilnych pod opłucnemi możnaby było mniemać, iż przyczyną pływania płuc na wodzie są raczej gazy gnilne, niż powietrze, wprowadzone do płuc wraz z oddechami dziecka. Mimo tej niewątpliwej obecności gazów gnilnych w płucach, a raczej właśnie z powodu ich obecności, oświadczyliśmy się w trzecim ustępie naszego orzeczenia za tem, że dziecię urodziło się żywe, aczkolwiek oświadczenie nasze osłabiliśmy dodaniem słowa „najprawdopodobniej“.

Sprawa gnicia płuc noworodków, połączonego z tworzeniem się gazów gnilnych, wymaga kilku słów wyjaśnienia, albowiem nietylko ogół sędziów, lecz także wielu niezawodowych znawców nie zna odnośnych nowoczesnych badań i jest zdania, że tam, gdzie płuca okazują bańki gazów gnilnych pod opłucnemi, jest bezcelowem podjęcie próby płucnej, a pytanie, czy dziecię urodziło się żywe, nie daje się już wówczas nawet w przybliżeniu rozstrzygnąć. Znanym jest nam przypadek, zaszły przed kilku laty, gdy jeszcze obowiązywała stara taryfa należytości za czynności sądowo-lekarskie, wyznaczająca osobne wynagrodzenie za podjęcie próby płucnej, w którym pewien lekarz za to, iż w przypadku dzieciobójstwa wykonał mimo zgnilizny zwłok próbę płucną i policzył w swych kosztach dodatkowe wynagrodzenie tak za próbę płucną, jak i za znaczniejszą zgniliznę, spotkał się nietylko z urzędową odmową dodatku za podjęcie próby płucnej, lecz nawet naraził się na zarzut nieświadomości zasad swej sztuki.

Przed dziesięciu laty wywołała praca B o r d a s a i D e s c o u s t a (6) niemałe zdumienie w kołach naukowych twierdzeniem, że gnicie płuc noworodków nie może wpływać na wynik próby płucnej, albowiem gnicie nie zmienia bynajmniej ciężaru gatunkowego płuc noworodków, które nie oddychały. Jakkolwiek z podobnem twierdzeniem wystąpił był jeszcze przed nimi T a m a s s i a (7), jeden z nestorów przedstawicieli medycyny sądowej we Włoszech, przecież twierdzenie ich, oparte na wynikach doświadczeń, podjętych ze zwłokami płodów zwierzęcych, było tak nowe i sprzeczne z dotychczasowem przekonaniem, że nietylko zrazu nie znalazło praktycznego, ogólnego zastosowania, lecz nawet spotkało się z ujemną oceną i zaprzeczeniem ze strony M a l v o z a (8). Nie chcąc zbyt znużyć zestawieniem zapatrywań M a l v o z a i całego szeregu badaczy, którzy sprawą tą w dalszym ciągu się zajęli, tem badziej, że sprawę tę przedstawił przed rokiem wyczerpująco zasłużony w tej mierze badacz, U n g a r (9), wspomnę tylko, że obecnie wszyscy doświadczeni badacze sądowolekarscy w tem są zgodni, iż każde, a zwłaszcza obfitsze nagromadzenie się gazów gnilnych w płucach noworodków samo przez się przemawia za wtargnięciem do płuc powietrza, albowiem w bezpowietrznych płucach noworodków nie tworzą się gazy gnilne. Na tej samej zasadzie słusznem jest także i dalsze twierdzenie U n g a r a, że, o ile wyłączone jest oddychanie dziecka wewnątrzmaciczne i wprowadzenie powietrza do płuc dziecka przez sztuczne oddychanie, — a okoliczności te są w przypadkach domniemanego dzieciobójstwa wyłączone, — dodatni wynik próby płucnej obok obecności baniek gazów gnilnych na powierzchni płuc zdolnym jest utwierdzić nas w przekonaniu, że dziecię dane oddychało, że więc urodziło się żywe.

Opierając się na własnem mojem doświadczeniu, muszę w zupełności potwierdzić powyższe oświadczenie. Przekonałem się bowiem niejednokrotnie, że płuca płodów, notorycznie nieżywo urodzonych, mimo daleko posuniętej zgnilizny tak całych ich zwłok, jak w szczególności ich płuc, nie zawierały ani jednej bańki gazowej i rzucone na wodę tonęły; a że natomiast płuca noworodków żywo urodzonych (w klinice położniczej lub oddziale położniczym szpitala), wśród gnicia pokrywały się obficie różnej wielkości perełkami gazów gnilnych pod opłucną. Na tem tedy opierając się doświadczeniu całego szeregu badaczy, oraz na doświadczeniu własnem, co dopiero wspomnianem, oświadczyłem się w danym przypadku na podstawie podanego powyżej wyniku próby płucnej mimo obecności, a raczej właśnie z powodu obecności baniek gazów gnilnych pod opłucnemi płuc dziecka za tem, że dziecię to urodziło się żywe.

Jeżeli zaś końcowy mój wniosek osłabiłem w stylizacyi przez dodatek „najprawdopodobniej“, to uczyniłem to ze względu formalnego i rzeczowego. Pierwszy tj. formalny wzgląd stanowić musiała podniesiona co dopiero nowość doświadczenia co do znaczenia gazów gnilnych w płucach noworodków, która nakazała się z tem liczyć, że tak sędziowie, jak i obrońcy, orzeczeniu, gwałcącemu niejako utartą dotychczas tezę, wypowiedzianemu nadto w formie stanowczej, mogliby nie dać wiary, lub je podać w wątpliwość. Ważniejszym był wzgląd rzeczowy, to jest wyjątkowość przypadku. W danym przypadku chodziło nie o całe zwłoki, lecz o zwłoki rozkawałkowane, a chociaż mimo to klatka piersiowa zwłok nigdzie, w szczególności od strony jamy brzusznej nie była otwartą, przecież możność wniknięcia do

płuc mikroorganizmów gazotwórczych od zewnątrz była łatwiejszą, niż do zwłok całych. Powtóre leżały dane zwłoki w dole kloacznym, a potem na ornem polu. Okoliczności zaś te są o tyle ważne, o ile doświadczenia Malvoza wykazały, że płuca zwłok płodów, dobytych z macicy owcy, którym do pyska wlał zawiesinę ziemi z wodą, zatem treść, zawierającą obficie beztlenowe drobnoustroje, następnie je w pionowem ustawieniu umieściwszy w cieplarce przy 20—21⁰, poddal gniciu, w miarę postępu gnicia zawierały coraz to więcej gazów gnilnych tak, iż z tego powodu płuca te nabrały zdolności pływania. Natomiast płuca innych płodów tej samej owcy, nie zaprawionych rzeczoną zawiesiną, gniły w tych samych zresztą warunkach o wiele powolniej i bez tworzenia się gazów. Uwzględniając tedy doświadczenia Malvoza i nie dającą się w moim przypadku wyłączyć możliwość wtargnięcia treści kloacznej i ziemi do ust dziecka, a stąd powstania zgnilizny gazowej jego płuc, czułem się zniewolony do osłabienia stanowczości ostatecznego wniosku mimo nawet, że przebieg gnicia zwłok w moim przypadku nie mógł być tak korzystnym, jak w doświadczeniach Malvoza, ponieważ zwłoki te leżały, a nie zajmowały pionowej pozycyi, i co jeszcze ważniejsza, mieściły się nie w ciepłocie +20—21⁰, lecz w o wiele niższej w kończącej się zimowej porze roku.

O ile jednak wynik próby płucnej w myśl powyższego rozumowania zezwalał mojem zdaniem na oświadczenie się tylko z wielkiem prawdopodobieństwem za żywem urodzeniem się dziecka, o tyle inne dane, wykazane sekcyą, pozwalały stanowczo oświadczyć się, nawet bez względu na wynik próby płucnej, za żywem urodzeniem się dziecka. Danemi tymi były rozległe i znaczne obrażenia tak sklepienia, jak i podstawy czaszki, te drugie wogóle u noworodków wyjątkowe i stąd dowodzące bardzo znacznego urazu, jaki czaszkę musiał ugodzić. Gdy nader rozległe i wybitne podbiegnięcia krwawe w sąsiedztwie tych złamań wskazywały niewątpliwie na to, iż złamania czaszki powstały za życia, i gdy złamania te nie mogły żadną miarą wytworzyć się wśród porodu, ponieważ poród był tajnym, tem samem i łatwym, co zresztą i sama obwiniona przyznała, przeto mogły one powstać jedynie po porodzie dziecka i to, gdy ono żyło. Obrażenia te dowodziły zatem w tych warunkach całkiem stanowczo żywego urodzenia się dziecka. Sposób powstania wspomnianych obrażeń czaszki wyjaśniła dostatecznie obwiniona. Wyjaśnienie jej atoli wymagało tylko o tyle sprostowania, o ile uderzenie główką dziecka o paczkę z węglami musiało być silne, a nie lekkie, skoro sprowadziło liczne złamania sklepienia, a co więcej podstawy czaszki.

Jak w każdym przypadku domniemanego dzieciobójstwa, tak i w powyższym przypadku zasadniczo ważną była odpowiedź na pytanie, jak długo dziecię Pauliny S. żyło, a to tem bardziej, ile że obwiniona podała, iż nie pamięta, kiedy główką dziecka (zdaniem jej nieżywego) o paczkę z węglami uderzyła i że, jak się jej obecnie zdaje, uczyniła to nad ranem, zatem w kilka godzin po urodzeniu się dziecka. Gdyby dowiedzionem było, że w istocie uczyniła to nad ranem, t. j. w kilka godzin po porodzie, w takim razie, jak to wynika z osnowy § 139 u. k., orzekającego o zbrodni dzieciobójstwa, nie możnaby już mówić o dzieciobójstwie, lecz jedynie o morderstwie.

Udzielenie odpowiedzi na pytanie, jak długo dziecię nowonarodzone żyło, t. j. określenie, czy ono żyło tylko przez bardzo krótki czas, w ciągu którego u matki, zwłaszcza rodzącej dziecię nieślubne, trwać może stan poruszenia umysłu, porodem wywołany, a łagodzący zdaniem ustawy odpowiedzialność karną matki za czyny, w tymże czasie popełnione, umożliwia nam jedynie tylko wynik podjętej próby żołądkowo-jelitowej. Znaczenie doniosłe tej próby, tak często niestety przez lekarzy sądowych przy sekcyi zwłok noworodków zaniedbywanej, wzrosło ostatnimi czasy bardzo, ile że nie tylko znowu Ungar (10) w krytyczny sposób wartość jej omówił, lecz że równocześnie zbiór nowych przepisów co do wykonywania sekcyi sądowych, który obowiązuje pruskich znawców lekarskich od 1 marca 1905, poleca tę próbę wykonywać, podczas gdy dawny regulamin pomijał ją milczeniem. Co do mnie, uważam zaniedbanie wykonania tej próby za wybitny błąd techniczny znawcy.

Wracając do naszego przypadku, nie możliwem już było wykonanie próby żołądkowo-jelitowej, albowiem narządy te były pocięte, niezupełne i wreszcie w stanie za daleko już posuniętego rozkładu gnilnego. Jedynie tylko dała się jeszcze stwierdzić w części jelita grubego, będącego w związku z tułowiem zwłok i w części dolnej jelita biodrowego, oraz w reszcie jelita grubego, zawartych w garnuszku, obecność smółki, drobnowidowo stwierdzonej. Wychodząc tedy z jednej strony z dewizy sądowolekarskiej *in dubiis pro reo*, z drugiej zaś strony z doświadczenia, że gdyby dziecię dane żyło kilka godzin, byłby zapas smółki w jego jelitach mniej obfitym, orzekłem na pytanie co do trwania jego życia po urodzeniu się, iż żyło tylko krótko, tem samem dałem podstawę do oskarżenia obwinionej nie o karą śmierci zagrożone morderstwo, lecz o dzieciobójstwo, stanowiące co do kary *delictum privilegiatum*.

Kończąc na tem moje epikrytyczne uwagi, dotyczące opisanego na wstępie przypadku, które, tuszę sobie, mogą oddać usługi w praktyce mniej bieglym, nie mogę pominąć milczeniem zarzutów, jakie mi uczynił prof. Kockel z Lipska w niedawno wydanej przez siebie pracy (11), odwołującej podane poprzednio przez niego twierdzenia co do wartości jego życiowej próby pępkowej, uznanej za bezwartościową przez Horoszkiewicza i Glińskiego (12) na podstawie mozolnych badań, przeprowadzonych w zakładach anatomii patologicznej i medycyny sądowej naszej wszechnicy.

W pracy mej (13), poświęconej nowej naówczas próbie życiowej, podanej przez Placzka, wspomniałem w krótkim historycznym wstępie, że wszystkie inne próby życiowe, z wyjątkiem próby żołądkowojelitowej, podane z biegiem czasu już po próbie płucnej Schreyera z r. 1683, okazały się bezcelowemi, poczem dodałem „dasselbe Los war auch den in den letzten Jahren von Malvoz u. Kockel mitgeteilten Lebensproben beschieden“. W adnotacyi do wzmianki o próbie pępkowej Kockela powołałem się na właśnie co dopiero ukończone badania Glińskiego i Horoszkiewicza, z których wynikało, że podana przez Kockela próba, polegająca na mikroskopowem badaniu pępowiny, „nie posiada żadnego większego znaczenia sądowolekarskiego“ (Gliński i Horoszkiewicz), między innymi z tego powodu, że „skoro badania te nie użyczają podstawy do stwierdzenia, czy dziecię urodziło się żywe, tem mniej mogą one być podstawą do ocenienia, jak długo

nio żyło“ (ci sami). Ponieważ w tych słowach Glińskiego i Horoszkiewicza mieści się wcale stanowcze zaprzeczenie temu, co pierwotnie twierdził Kockel, że drobnowidowe badanie pępowiny w obrębie pępka umożliwia rozpoznanie, czy dziecię nowonarodzone żyło poza łonem matki i jak długo żyło, przeto, gdy zwłaszcza sam Kockel obecnie dawniejsze swe wnioski znacznie ogranicza, miałem dostateczną podstawę do wyrażenia powyżej podanej ujemnej oceny.

Wreszcie wytyka mi Kockel nazwę, przezemnie w pracy mej użytą, „Lungenschwimmprobe“, jako niewłaściwą, bo właściwą nazwę próby Schreyera stanowi jego zdaniem nazwa „Lungenprobe“. Na zarzut ten, zresztą nader błahy, stanowić może odpowiedź choćby tylko dobrze znany podręcznik Hofmanna (14), w którym próbę tę nazywa on „Lungenschwimmprobe“ lub „hydrostatische Lungenprobe“, tem samem wyrażenie się Kockela „Lungenprobe — nicht Lungenschwimmprobe, wie Wachholz will!“ powinno opiewać conajmniej „wie Hofmann und bereits Wachholz will“, to zaś towarzystwo z Hofmannem mogę uważać tylko za zaszczytne.

Piśmiennictwo. 1) Lacassagne: Du dépeçage criminel. Arch. d'anthrop crim. 1888. Str. 232. — Ravoux: Teza pod takim samym tytułem. Lyon 1888. — Michel: Üb. criminelle Leichenzerstückelung. Vierteljschr. f. ger. Med. 1895. T. II. Str. 261. — Sieradzki: Uwagi o sekcyi zwłok rozkawałkowanych. Przegl. lek. 1896. Nr. 46—49. — 2) Przegl lekarski 1875. Odbitka. — 3), 4) Patrz Wachholz: O morderstwie z lubieżności. Przegl. lek. 1900. — 5) Przegląd lek. 1897. Nr. 36—38. — 6) Annal. d'hyg. publ. et de méd. lég. 1885. — 7) Sulla putrefazione del polmone. Rivista sperim. di med. lég. 1876. — 8) De la putréfaction au point de vue de l'hyg. publ. et de la méd lég. Bruxelles 1898 — 9) Die Bedeutung der Fäulnis für die Lungenprobe. Zeitsch. f. Med.-Beamte 1904. Nr. 23. — 10) Die Lebensproben, insbesondere die Magendarmprobe i t. d. Zeitschr. f. Med.-Beamte. 1905 Nr 23 — 11) Die mikroskop. Vorgänge bei der Nabelschnurdemarkation i t. d. w „Das Institut für gerichtliche Medicin der Univ. Leipzig“ i t d. Festschrift. Leipzig 1905. — 12) Üb. mikroskop Vorgänge beim Nabelschnurabfall i t. d. Vierteljschr. f. ger. Med. 1903. T. 25. Str. 243. — 13) Üb. die neue Lungenprobe. Münch. mediz. Wochenschr. 1902. Nr. 39. — 14) Hofmann-Kolisko: Lehrbuch d. ger. Med. Berlin-Wien 1903 S. 785.

* * *

Z Zakładu dentystycznego U. J. pod kierunkiem Prof. Dr. W. Łepkowskiego.

W sprawie leczenia ropnych zapaleń zatoki szczękowej (Highmora) w zakresie dentystycznym.

Podał

Dr. Adam Kozaczka

asystent Zakładu dent Uniw. Jag.

Z cierpień zatoki Highmora najprzykrzejszem dla chorego i ze względów leczniczych najniewdzięczniejszem dla lekarza jest jej ropienie. Powstaje ono najczęściej wskutek szerzenia się zapalenia z jamy ustnej lub nosowej. Niekiedy bywa ono następstwem powikłanego złamania szczęki górnej. Jak zaś często takie zapalenie zatoki szczękowej pochodzi z zębów, łatwo sobie można wyobrazić, jeżeli się zwróci uwagę na to, że pomiędzy korzeniami dwóch pierwszych zębów trzonowych, a dnem jamy szczękowej leży tylko cienka blaszka kostna, a niekiedy nawet niema i tej przegrody i wtedy pokryty jest korzeń samą tylko błoną śluzową, wyścielającą jamę szczękową. Na zasadzie swych badań nad budową czaszek podaje Virchow, że około 60% górnych zębów trzonowych sięga szczytem korzenia aż do jamy szczękowej. Wyjmując przeto te zęby, można bardzo łatwo naruszyć jamę szczękową. Przypadki takie są dość częste, a sam miałem sposobność w roku zeszłym spostrzegać dwa, w których po wyjęciu pierwszego zęba trzonowego pokazała się ciecz krwawa z nosa, jako dowód naruszenia błony śluzowej jamy szczękowej. Oczywiście w przypadkach takich, gdyby się je zaniedbało, łatwo dojść może do niepożądanych następstw.

Wobec tak blizkiego sąsiadowania korzeni zębów trzonowych z jamą szczękową, łatwo też przechodzą na nią zapalenia okostnej tych zębów. Podmiotowo objawia się zapalenie jamy szczękowej uczuciem pełności w okolicy szczękowej, nierzadko bolem zajętej połowy twarzy. Do objawów zaś przedmiotowych należą, oprócz nieżytu nosa z wydzieliną często cuchnącą i łzawienia z oka, wyniosłość i zgrubienie zajętej strony w okolicy dołka szczęki *(fossa canina)*, które można stwierdzić i od zewnątrz i od jamy ustnej, ścieńczenie ściany kostnej i uginanie się jej pod uciskiem wśród znamiennego trzeszczenia (Pergamentknirschen), wydzielina ropna, lub śluzoworopna, zwykle cuchnąca, wypływająca z przetoki zębodołowej, lub z nosa, szczególnie jeżeli się chory położy na stronę zdrową. Przy dłuższem trwaniu ropienia w jamie szczękowej i przy znacznem nagromadzeniu się ropy, niemogącej z jamy szczękowej odpływać do nosa, nabrzmiewa znacznie odpowiednia połowa twarzy, bo jama szczękowa ulega rozdęciu. W następstwie nagromadzenia się ropy, mogą nierzadko powstać ogólne przypadłości, jak gorączka i ogólne osłabienie. Groźne objawy mogą się w rzadkich przypadkach pojawić, jeżeli ropienie posuwa się dalej, np na opony mózgowe, jak to pierwszy opisał Mair, a przed paru miesiącami Hecht[1]). Wyjątkowo też zdarza się w toku zapalenia zatoki szczękowej utrata wzroku czasowa, lub i stała, wśród objawów podobnych do jaskry (Bruck, Pasquier i Buzer), co tłómaczy się uciskiem nacieklej i obrzmiałej tkanki oczodołu na nerw wzrokowy i tętnicę środkową siatkówki[2]). Dla rozpoznania zapalenia jamy szczękowej ważne są: wynik opukiwania podniebienia; po stronie zdrowej odgłos jest jawny, po stronie zajętej ropieniem, stłumiony; wynik nakłucia jamy szczękowej od strony nosa zapomocą strzykawki Pravatza i prześwietlanie zapomocą włożonej do jamy ustnej lampki elektrycznej Heringa, która daje cień, odpowiadający ilości i gęstości ropy, zawartej w jamie szczękowej.

Zapalenie ostre jamy szczękowej leczy się w zakresie dentystycznym zwykle dość prędko po wyjęciu odpowiedniego zęba, otwarciu jamy szczękowej przez zębodół trójgrańcem Mikulicza i przestrzykiwaniu środkami przeciwgnilnymi. Przy przebiegu przewlekłym leczenie jest trudniejsze i trwa dłużej. Najlepiej objaśni to kilka przypadków, leczonych w zakładzie:

1) C. A. G. l. 45, dobrze zbudowana i odżywiona, gorączkująca, uskarża się na wysadzenie i ból gałki ocznej prawej i całej szczęki

[1]) Hecht: Zur Symptomatologie des Empyema Antri Highmori „Münch med. Wochens“ Nr. 38. 1905.

[2]) Heymann Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. T. 3 Str 1025.

górnej, oraz uczucie pełności w prawym policzku. Objawy te pozostały po nieżycie nosa, który zaczął się przed dwoma tygodniami, a trwają od 3 dni.

Zęby szczęki górnej zupełnie zdrowe. Przy badaniu podczas ucisku na dołek szczęki *(fossa canina)* ból w oku się zwiększał, a ścieńczała blaszka kostna uginała się wśród znamiennego szelestu. Wyjęto drugi górny ząb dwuguzikowy po stronie prawej i przebito trójgrańcem Mikulicza ścianę jamy Highmora przez zębodół, poczem wypłynęła z otworu znaczna ilość ropy. Gorączka opadła; objawy podmiotowe znikły. Pomimo półrocznego leczenia przestrzykiwaniem, tamponowaniem i t. d. pozostała przetoka.

2) A. P. zgłosiła się z podobnymi objawami. Przy badaniu stwierdzono, że sprawa przeszła na jamę szczękową z zęba. Leczenie, jak w przypadku pierwszym. Wynik dobry.

3) K. K. zauważyła, że od dwóch dni obrzękła jej lewa połowa twarzy i że szczególniej po położeniu się na bok prawy wydobywa się z lewego nozdrza ciecz gęsta, cuchnąca. Przy badaniu stwierdziliśmy ostre zapalenie jamy szczękowej, pochodzące z zapalenia okostnej korzeni pierwszego górnego lewego zęba trzonowego, który przed dwoma miesiącami miał być wyjmowany. W miejscu tego zęba sterczały z obrzękłego i zaczerwienionego dziąsła brzeżki odłamanych korzeni, które usunąłem kleszczami korzeniowemi i na których stwierdziłem wyraźne ślady długotrwałego zapalenia. Z zębodołu wylało się dość dużo cuchnącej ropy. Po dokładnem przepłukaniu ust, zatamponowałem na kilka godzin otwór po usuniętych korzeniach gazą jodoformową, zamoczoną w 5% rozczynie kwasu karbolowego i poleciłem chorej płukać często usta rozczynem nadmanganianu potasu, poczem w ciągu 4 dni twarz zupełnie sklęsła i bole ustąpiły.

4) J. S. zgłosił się z objawami przewlekłego ropienia prawej jamy szczękowej *(empyema antri Highmori)*, które trwały dość długo, nim się chory zdecydował zasięgnąć porady lekarskiej; sprawa przeszła na jamę szczękową z pierwszego zęba trzonowego górnego. Ząb ten usnęliśmy i otwarliśmy trójgrańcem Mikulicza przez zębodół jamę szczękową, poczem przez otwór odpłynęło sporo ropy. Przez kilka dni stosowano przestrzykiwanie i tamponowanie, poczem założyliśmy przyrząd, obmyślony przez Prof. Łepkowskiego, gdyż leczenie bez przyrządu nie byłoby wystarczało. Wynik był dobry.

W przypadkach takich, jak nasz ostatni, tj. wobec przewlekłego ropienia jamy szczękowej, jej ropniaka *(empyema)* nietylko trzeba przez operacyjne otwarcie jamy szczękowej utorować drogę nagromadzonej w niej ropie, lecz także konieczną jest rzeczą utrzymać przez czas dłuższy drożność wytworzonego sztucznie otworu, aby ropa na nowo nagromadzać się nie mogła i aby można wygodnie podejmować dalsze zabiegi lecznicze, które nieraz bardzo jeszcze długo ciągnąć się muszą

W tym celu podano bardzo wiele sposobów, które jednak, jako nie wchodzące w zakres leczenia dentystycznego, pomijam. W zakresie dentystycznym obchodzi nas tylko stwarzanie i utrzymywanie otworu od strony jamy ustnej.

Sposób to w zasadzie bardzo dawny. Już bowiem Meibom, Cooper, Drake, Ruysch, Bayer i inni otwierali jamę szczękową przez zębodół, wyjmując w razie potrzeby chory, lub nawet zdrowy, pierwszy lub drugi ząb trzonowy. O zaletach tego sposobu świadczy już ta choćby okoliczność, że przetrwał aż do dziś dnia, chociaż z biegiem czasu ulegał różnym zmianom i ulepszeniom. Jest on najłatwiejszy; nie wymaga wielu narzędzi, bo wykonywa się go trójgrańcem, lub nawet, jak Ziem, Ritter i inni polecali, świderkiem, poruszanym maszyną, jaką każdy dentysta posiada. Pozwala on otworzyć jamę szczękową w miejscu, najbardziej dostępnem dla operatora, które przytem u chorych stojących odpowiada najniższemu punktowi jamy szczękowej, a przez to najlepszy daje odpływ ropie; sposób ten nie pozostawia też żadnego oszpecenia. Nie jest on jednak bez wad. Przedewszystkiem otwór, przebity do jamy szczękowej od strony jamy ustnej, daleko trudniej utrzymać stale drożnym, — jak tego leczenie sprawy wymaga, — niż otwór, wytworzony z innej strony. Utrzymując zaś znów otwór od strony jamy ustnej stale drożnym, naraża się chorego na to, że przez otwór mogą się łatwo dostać do jamy szczękowej resztki pokarmów, które się tam potem rozkładają i podtrzymują zapalenie. W dawnych czasach polecano dlatego chorym poprostu zatykać sztucznie zrobiony otwór czopkiem z wosku. Salter podał do tego celu złote płytki, uczepione na sąsiednich zębach; a wreszcie później obmyślono obturatory z kauczuku. Najnowsze takie przyrządy podają Kaposi i Port w swem dziele, wydanem na rok 1906 p. t. „Chirurgie der Mundhöhle". Używają oni litych czopów kauczukowych, lub metalowych, opartych na obturatorach.

Dla utrzymania drożności wytworzonego przez zębodół otworu, założenie drenu nie jest odpowiednie, gdyż przezeń dostają się do jamy szczękowej resztki pokarmów, trudno go na stale założyć, a wreszcie trudniej go dostosować do rozmiarów jamy, w miarę czasu zarastającej, a raczej wypełniającej się ziarniną. Polecano więc dreny, a raczej stoczki bez otworów w środku, jednak i te nie zapewniały czystości jamy, a nadto trzeba je było do przepłukiwania jamy wyjmować na pewien czas, co już jednak wystarczało, by otwory się powoli zaciągały tak, że potem stoczki trudno wchodziły. Doskonałym możnaby nazwać taki dopiero sposób, któryby dozwalał: 1) utrzymać otwór tak długo drożnym, jak długo on jest potrzebny, to jest, jak długo wydziela się jeszcze ropa; 2) założyć kaniulę twardą na stałe i wyjmować ją tylko od czasu do czasu na krótko, jedynie dla przepłukania i dostosowania do zarastającej jamy, t. j. stopniowego zmniejszania (obcinania) według postępu leczenia, a mianowicie wypełniania się jamy ziarniną; 3) zapewnić tej kaniuli stałe oparcie tak, aby się nie poruszała i nie drażniła tkanek, ani nie mogła wypaść; 4) otwór pomiędzy jednem, a drugiem przepłukiwaniem jamy szczękowej szczelnie zamykać. Otóż aby wszystkim tym warunkom stało się zadość, obmyślił prof. Łepkowski celem leczenia przewlekłego ropienia jamy szczękowej nowy rodzaj obturatora. Po wyjęciu zęba, przebiciu otworu do jamy szczękowej przez zębodół i wypuszczeniu ropy zakłada się chwilowo tampon z gazy jodoformowej. Następnie sporządza się zwykłym sposobem dentystycznym odcisk otworu i według niego sporządza się zatykadło (obturator), które szczelnie otwór zamyka. Obturator ten jest przymocowany do obu sąsiednich zębów zapomocą klamerek. W obturatorze znajduje się otwór okrągły, w który wstawiona jest stale rurka złota, lub platynowa o średnicy 3—5 mm., sięgająca aż do wnętrza jamy szczękowej i zaopatrzona, prócz głównego wylotu przy końcu, bocznymi sitowymi otworkami. Dolny koniec rurki, umocowany w obturatorze, zakrywa prostokątna zasuwka między dwiema listewkami. Zasuwka ta zaopatrzona jest na końcu zwróconem ku policzkowi zagłębieniem, o brzegu zewnętrznym ostro ciętym. O brzeg ten można zahaczyć rylec, lub szczypczyki i w ten sposób odsunąć zasuwkę w razie potrzeby, naprzykład celem przepłukania jamy szczękowej. Wtedy więc tylko jest jama szczękowa właściwie dostępna; zresztą szczelnie zamknięta.

Obturator, zaopatrzony zasuwką i rurką, tworzy wraz z klamerkami dla sąsiednich zębów jedną całość. Pomysł ten czyni wszystkim warunkom zadość. Zapewnia on drożność otworu, prowadzącego do jamy szczękowej, na czas dowolnie długi, a zarazem chroni jamę szczękową zupełnie przed dosta-

waniem się ciał obcych, pokarmów i t. d.; osadzony jest silnie, a da się w razie potrzeby zdjąć. W miarę rozrostu tkanki ziarninowej, gdy się jama szczękowa wypełnia, można rurkę według potrzeby skrócić. W ten sposób leczenie postępuje szybko, jest łatwe dla lekarza i wygodne dla pacyenta. Przy użyciu tego przyrządu mieliśmy tak u wspomnianego chorego J. S., jak i u wszystkich następnych, zawsze wyniki dobre. Jedyną wadą przyrządu jest tylko chyba to, że jest dosyć kosztowny, o ile kosztownym jest zużyty materyał, i że można go zastosować tylko wtedy, jeżeli zęby sąsiednie są utrzymane. Zresztą przewyższa pod każdym innym względem wszystkie dotąd znane.

JWP. Prof. Łepkowskiemu dziękuję za zachętę i wskazówki, których mi udzielił.

* * *

Oceny i sprawozdania.

Krętek blady Schaudinna *(Spirochaete pallida Schaudinn).*

Sprawozdanie poglądowe.

Podał

Dr. Jan T. Lenartowicz.

Sprawa zakaźności kiły i dążności do odkrycia właściwego jej, chorobotwórczego zarazka, oddawna zajmowała żywo umysły licznych badaczów, ale nigdy naprawdę nie doczekała się stanowczego rozstrzygnięcia. Toteż w pierwszych miesiącach ubiegłego roku (styczeń, luty) podjęli ją na nowo dwaj niemieccy badacze: F. Schaudinn i E. Hoffmann i już w drugim numerze berlińskiego pisma naukowego: »Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte« ogłosili pierwsze wyniki swych badań. Podali mianowicie, że w wytworach kiły świeżej, drugorzędnej: w guzkach i kłykcinach, jakoteż w soku gruczołów chorych na kiłę znaleźli twory, w innych chorobach dotąd nienapotykane i nieznane, twory, które badane w kropli wiszącej i w preparatach barwionych posiadały pewne znamiona, odróżniające je od innych dotychczas znanych mikrobów. Według opisu Schaudinna i Hoffmanna były to twory drobne, o ciele nitkowatem, cienkiem, śrubowato skręconem, załamywały bardzo słabo światło i posiadały ruchy własne. Ponieważ twory te odróżniały się od innych pokrewnych im (n. p. *spirochaete Ziemmanii)* w preparatach świeżych, niebarwionych, nadzwyczaj delikatną budową ciała i słabem załamywaniem światła, a w preparatach barwionych barwiły się słabo i tylko pewnymi szczególnymi sposobami i wyglądały wobec innych drobnoustrojów blado, przeto autorowie nadali im nazwę: *spirochaete pallida* (krętek blady). Wymienieni badacze zwrócili też uwagę na to, że twory te spotykali tylko w wykwitach kiły drugorzędnej, że w soku gruczołów chorych, kiłą dotkniętych, znaleźli tylko ten jeden gatunek, bez innych podobnych, że zatem przypuszczaćby można, iż twory te mogą mieć pewne znaczenie w etyologii kiły.

Prócz tych tworów, prócz krętków bladych *(spirochaete pallida)* opisali też Hoffmann i Schaudinn twory pokrewne, ale od poprzednich różne i łatwiejszem barwieniem się i ciałem grubszem, mniej delikatnem, silniej łamiącem światło. Te twory celem odróżnienia od krętków bladych nazwał Schaudinn: *spirochaete refringens* (krętek załamujący światło). Obok krętka bladego napotykano twory te tylko wówczas w jednym i tym samym preparacie, jeśli wzięto materyał z wykwitów kiłowych niepokrytych, pozbawionych osłaniającej warstwy naskórkowej, a więc tem samem na zanieczyszczenia od zewnątrz wystawionych (kłykciny sączące, guzki obnażone z naskórka). W soku gruczołów, jak już wspomniano, znaleźli H. i S. tylko krętka bladego, skąd też odrazu krętkowi blademu większe przypisywali znaczenie.

Te przedmiotowe uwagi, oparte na szczupłym na razie materyale (7 przypadków kiły, nie dłużej jak 6 miesięcy trwającej) zamieścili H. i S. we wspomnianem berlińskiem piśmie naukowem, a 17 maja 1905 r. równie przedmiotowo, a ostrożnie, wyniki badań swych przedstawili wobec innych badaczy i lekarzy na zebraniu Berlińsk. Towarzystwa lekarskiego.

Ogłoszone przez S. i H. wyniki zachęcają rychło innych badaczy. Jeszcze przed ich publicznem wystąpieniem w Towarz. lekarsk. berlińskiem ogłasza Paschen jako pierwszy w Niemczech (2 maja 1905) dodatnie wyniki badań w tym samym kierunku, Miecznikow i Roux 16 maja tego samego roku pokazują w Paryżu w »Academie de medecine« preparaty krętków bladych, znalezionych w zmianach pierwszo- i drugorzędnych kiły sztucznie szczepionej małpom, a nieco później, bo 26 maja w Wiedniu Kraus (na posiedzeniu wiedeńskiego Towarzystwa lek.), obok niego Oppenheim i Lipschütz również dodatnie przedstawiają wyniki. Z polskich badaczy pierwsi Krzyształowicz i Siedlecki niewiele później od innych, bo 5 lipca 1905 r., w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem licznymi preparatami też same, równie dodatnie stwierdzają wyniki.

To były niejako pierwsze próby, pierwsze kroki na nowo otwierającem się polu badania, zachęta i wezwanie do badań dalszych, jeszcze obszerniejszych i szczegółowszych. Istotnie wzięto się energicznie do pracy, a dziś, gdy jeszcze rok nie upłynął od odkrycia Hoffmanna i Schaudinna, rozporządzamy już tak obszernem piśmiennictwem o tym przedmiocie, że jakkolwiek sprawy nie można uważać za skończoną, to jednak znamy ją już o tyle, o ile tylko pozwoliły na to znane dotychczas drogi i środki badania.

Według tego piśmiennictwa w krótkich przynajmniej zarysach przedstawić wszystko to, co dotąd wiemy o krętku bladym, jest zadaniem niniejszego streszczenia. A ogłoszone dotychczas prace mówią już dosyć wiele, więcej może, niż w tak krótkim przeciągu czasu oczekiwaćby można. Zaznajamiają już nas nieco ze znamionami postaciowemi krętka bladego, pozwalają wniknąć głębiej w budowę jego ciała, wskazują, gdzie i w jakich zmianach należy go szukać, podają sposoby i drogi badania, metody barwienia i ich dobór, wreszcie rozbierają i oceniają znaczenie jego wobec kiły. Pierwsze dokładniejsze szczegóły o postaci i budowie krętka bladego zawdzięczamy naturalnie Schaudinnowi; on podał niejako prototyp krętka bladego, wskazał, jakie cechy posiadać musi znaleziony pod mikroskopem drobnoustrój, by go można stanowczo uznać za krętek blady. Jemu też zawdzięczamy pierwsze wskazówki, do jakiej grupy mikrobów krętek blady zaliczyć. Prócz niego tym samym przedmiotem zajmują się: Hoffmann, Ploeger, Siebert, Krzyształowicz i Siedlecki, Herxheimer i Löser, Wechselmann i Löwenthal. Według Schaudinna krętek blady jest tworem drobnym, 4—10 μ długim a $^1/_2 \mu$ grubym. W kropli wiszącej (preparat musi być świeży) posiada dość żywy ruch własny i to ruch trojakiego rodzaju: ruch obrotowy wokoło osi podłużnej, ruch naprzód i wstecz, i ruchy zginające samego ciała. Niebarwiony załamuje bardzo słabo światło (cecha odróżniająca od innych pokrewnych), barwiony barwi się słabo, wyraźnie słabiej od pokrewnego mu postacią krętka załamującego światło *(sp. refringens)*. Ciało krętka bladego ma postać nitki, na obu końcach wyraźnem ścieńczeniem ostro zakończonej (cecha odróżniająca od *sp. refringens)*, nitki delikatnej, bardzo cienkiej, śrubowato skręconej, o skrętach regularnych, stromych, w przeciwieństwie do *spirochaete refringens*, której skręty są zwyczajnie nieregularne i płaskie. Średnia liczba skrętów według Schaudinna: 3—12. Ploeger podaje mniej więcej to samo o wymiarach i kształcie krętka bladego, tylko nieco szczegółowiej i dokładniej. Z jego pomiarów i zestawień z pracami innych autorów wynika, że długość krętka bladego wynosi średnio 4—20 μ (a więc o 10 μ więcej, niż podał początkowo Schaudinn). Liczba skrętów 2—14, a długość poszczególnych skrętów od $^4/_5 \mu$ — $1^1/_2 \mu$, w każdym razie nie więcej jak 2 μ. Grubość $^1/_4 \mu$. Zresztą zdaniem Ploegera długość krętka bladego i liczba skrętów bywa różna i zmienna, a zależy często od tego, skąd brano materyał do badania. Najdłuższe okazy o największej liczbie skrętów znajdował P. zwyczajnie w soku gruczołów chłonnych. Tożsamo stwierdzają zgodnie Wechselmann i Löwenthal, którzy znów najkrótsze krętki znajdowali w suchych guzkach skórnych. Zdaniem ich, postacie krótkie powstają z rozpadu postaci długich, a przyczyną rozpadu ma być leczenie przeciwkiłowe.

Opisane dotąd cechy postaciowe wystarczały początkowo, by przy odpowiedniem barwieniu każdy twór, który wszystkie te cechy posiadał, uznawać za krętek blady. Niemałe trudności rozpoznawcze napotykano z początku z powodu drugiego zbliżonego, bardzo pokrewnego, wspomnianego już gatunku: krętka załamującego światło *(sp. refringens)*. Ploeger sam początkowo

przyznawał, że o pomyłkę, o pomienianie jednego gatunku z drugim bardzo łatwo, że przy dorywczem badaniu, przy nieodpowiedniem braniu materyału, nieodpowiedniem barwieniu, odróżnić krętki blade bezsprzecznie na razie trudno; ale dzięki nowym pracom, dzięki troskliwej kontroli preparatów, często do osobistego przejrzenia samemu Schaudinnowi przesyłanych, zwolna wykrywano błędy, czyto w cechach, czyto w sporządzaniu preparatów, czy też w barwieniu, i coraz nowe zasadnicze odkrywano między obu postaciami różnice. Tak n. p. w początkach, gdy badania były w toku, wystąpili Kiolemenoglou i Cube z pracą, w której dowodzili, że opisane przez Schaudinna typowe krętki blade znaleźli nietylko w tworach kiłowych, ale także w zapaleniu żołędzi (*balanitis*), w wiewiórze, w kończystych brodawczakach i w rozpadających się rakach. Preparaty w czas jakiś dopiero przesłano do przejrzenia i osądzenia Schaudinnowi. Okazało się, że były słabo i nieodpowiednio barwione, a właściwe dopiero zabarwienie dowiodło, że postacie, uważane za krętka bladego, ani do krętka bladego, ani też do pokrewnego mu krętka załamującego światło nie były podobne i nie posiadały wymaganych znamion. Początkowo też, gdy nie znano jeszcze wszystkich cech odróżniających, gdy nawet sam Schaudinn, nie mogąc ich podać dość ściśle, ufał raczej wprawie w badaniu, — zalecano, by badać zawsze i na preparatach barwionych i na nie barwionych. Radził to Schaudinn, a wprost żądał tego Scholz, twierdząc, że tylko badaniom, wykonanym na materyale żywym, w kropli wiszącej, dostatecznie zaufać można. W badanych też przez siebie 50 przypadkach tego tylko sposobu badania używał. Obaj autorowie oświadczają zgodnie, że w kropli wiszącej, mając materyał żywy, odróżnić oba pokrewne rodzaje jest bez porównania łatwiej.

Wchodzi tu w rachubę rodzaj ruchu, różny u obu gatunków. I tak zdaniem Scholza, krętek załamujący światło (*spirochaete refringens*) porusza się szybko, ruchem prostolinijnym przebiegając przez pole widzenia, krętek blady natomiast wolniej, ruchem postępowo-wahadłowym. Schaudinn zwraca znów uwagę na cechy skrętów. W preparatach niebarwionych, w kropli wiszącej, gdzie tak krętki blade, jak i łamiące światło, są żywe i poruszają się, różnica skrętów wybitnie się zaznacza. Krętek blady ma skręty regularne, strome i zachowuje je niezmiennie tak w czasie ruchu, choćby najżywszego, jak i w czasie zupełnego spoczynku. Krętek załamujący światło w spoczynku ma skręty ciała płaskie, wygładzone, a tylko w czasie najżywszego ruchu, i to tylko chwilowo, mogą być jego skręty zupełnie podobne do skrętów krętka bladego. W preparatach barwionych ta różnica z natury rzeczy odpada, bo zdarzyć się może, że przy utrwalaniu preparatów może krętek załamujący światło być utrwalonym w chwili najżywszego ruchu, wówczas właśnie, gdy jest do krętka bladego najpodobniejszy, a jeśli przy tem słabo się zabarwi, może śmiało uchodzić za krętka bladego.

Takie ostrożności zalecano tylko z początku, póki nie było dostatecznej liczby innych cech odróżniających. Te nowe znamiona zawdzięczamy znów ostatnim pracom Schaudinna. Sposobem, podanym przez Löfflera celem barwienia rzęsek, powiodło się Schaudinnowi wykryć u krętków bladych cienkie witki po jednej na każdym końcu tak, że delikatne śrubowate ciało kończy się jeszcze delikatniejszemi i ostremi witkami. Krętek załamujący światło i inne gatunki krętków (*spirochaete plicatilis*, krętek rozpadających się raków i t. p.) nietylko, że witek nie posiadają, ale w przeciwieństwie do krętka bladego kończą się tępo i końce mają tak grube, jak reszta ciała. Podobne ostre zakończenia w postaci witek opisują Herxheimer i Löser, a choć mówią początkowo o końcowych zgrubieniach, to jednak po rozpatrzeniu przedmiotu dochodzą do wniosku, że opisywane poprzednio zgrubienia nie są niczem innem, tylko właśnie delikatną witką, zwiniętą w pętlę, przez to naśladującą zgrubiałe ciało na końcach krętka. Oprócz więc dawniej już znanych cech, byłyby zaostrzone witkowate zakończenia jedną z najznamienniejszych cech krętka bladego. A im większa liczba takich cech, tem łatwiej odróżnić krętka bladego od tworów, postaciowo do niego podobnych. Tworów takich, zaliczanych do jednej grupy i objętych wspólną nazwą krętków (*spirochaete*) mamy już dotąd dość znaczną liczbę, n. p.: *spirochaete Ziemanni*, *sp. anserina*, *sp. buccalis* (*dentium*), *sp. anginae ulcerosae Plaut-Vincent* i *sp. recringens*. (Dok. nast.)

Edmund Biernacki: **Zarys patologii krwi.** Warszawa 1905. Str. IV + 178.

Pracę tę, która zapełnia ważną lukę w naszem piśmiennictwie, wydała Redakcya »Gazety lekarskiej« w postaci t. zw. »Odczytów klinicznych« (Serya VII, zeszyt 3, 4, 5, 6, 7, 8). Rzecz ta powstała z wykładów, wygłoszonych po raz pierwszy w półroczu letniem r. 1903/4 w Uniwersytecie lwowskim, a ma na celu umożliwić uczniom medycyny i szerszym kołom lekarskim poznanie zasad hematologii patologicznej. Całość składa się z piętnastu rozdziałów, z których pierwsze 9 zajmują się patologiczną morfologią krwi, w następnych 5 omawia autor patologiczną chemię krwi, w ostatnim zaś streszcza naukę o antytoksynach, precypitynach i t. d. Nadto znajdujemy przy końcu pracy dwa małe dodatki.

Na uwagę zasługuje pogląd autora, obecnie już przez szereg badaczy poważnych (Grawitz, Pappenheim, Neumeister) uznany, że pomiędzy osoczem i krwinkami czerwonemi istnieje związek bezpośredni, że osocze krwi krążącej mieści się w erytrocytach i jest poniekąd ich wydzieliną, iż osocza »wolnego« jest mało, daleko mniej, niż się go wydziela z krwi obumarłej i mniej, niż to przyjmowano dawniej. Słuszności poglądu tego ma dowodzić wedle autora policytemia w wysokich górach, przy której znajdowano bardzo obfite małe krwinki czerwone. Tłómaczy się to zjawisko tem, że osocze krwi wyszło do tkanek, a że osocze musiało wyjść z krwinek czerwonych, bo w nich prawie tylko się mieści, więc wskutek tego zmniejszyła się średnia wielkość krwinek czerwonych i dlatego teraz mieści się ich więcej w pewnej jednostce objętości.

Bardzo ciekawe myśli wypowiada autor w sprawie badania krwi kolorymetrycznymi hemoglobinometrami. Autor zwraca uwagę w wykładach swoich (te same myśli rozwijał już dawniej w swych pracach), że krew przecie nie jest rozczynem jednego barwika, ale dwóch: jasnej oksyhemoglobiny i ciemnej hemoglobiny. Z tego więc wynika, że krew, która zawiera więcej hemoglobiny, czyli krew żylna, będzie ciemniejsza, a więc da przy badaniu hemoglobinometrem kolorymetrycznym wyższą liczbę, określającą zasobność krwi w hemoglobinę; natomiast krew tętnicza, posiadająca więcej oksyhemoglobiny, będzie jaśniejsza i dlatego przy tym sposobie badania wykaże mniej barwika. Chodzi dalej i o to, że oprócz hemoglobiny krew zawiera i inne barwiki (t. zw. osmazomy), mające zmieniać jej zabarwienie, a stąd wpływać i na nasze określenia ilościowe. I dlatego autor nie przypisuje wielkiego znaczenia hemoglobinometryi, natomiast wielką wagę zarówno pod względem teoretycznym, jak i czysto praktycznym, przykłada do hygremometryi, t. j. określania ilości wody we krwi całkowitej. Autor zwraca uwagę, że między ilością wody we krwi chorej i ilością różnych jej składników mineralnych istnieje ścisły i prawidłowy związek. A mianowicie, im więcej H_2O, tem więcej Na, a często i Cl, a tem mniej K, Fe i P. Najciekawszych i najważniejszych danych dostarczyły rozbiory żelaza. Przy wyższych stopniach wodnistości krwi (pierwotna niedokrwistość, rozwinięta błednica i t. d.) autor zawsze znajdował obniżenie odsetki Fe do $^1/_2$, nawet $^1/_3$ i $^1/_4$ ilości prawidłowej; tymczasem przy małych stopniach wodnistości krwi bez względu na przyczynę chorobową stwierdzał, że ilość Fe w krwi całkowitej nie była zmniejszoną. Zjawisko to jest tem ciekawsze, że kiedy autor obliczał, ile na 1 gr. pozostałości suchej przypada Fe we krwi chorej wodnistej, a ile we krwi prawidłowej, okazało się, że bardzo często (40% wszystkich przypadków) w krwi chorej rozwodnionej przypada na 1 gr. suchej pozostałości więcej żelaza, niż w krwi prawidłowej, a co jeszcze ciekawsze, więcej nawet w tych przypadkach, w których odsetkowo jest mniej żelaza w krwi całkowitej. Tym szczegółom przypisuje autor zupełnie słusznie pierwszorzędne znaczenie dla teoryi niedokrwistości. Dotąd tłómaczono niedokrwistość ubytkiem hemoglobiny we krwi. Otóż żelazo suchej pozostałości (popiołu) krwi pochodzi z hemoglobiny i taksamo pochodzi ono w krwi anemicznej z hemoglobiny (dotąd nie udało się znaleźć ani w osoczu prawidłowem, ani w przypadkach chorobowych wykazalnych ilości żelaza nieorganicznego i nie ma żadnych danych, by przypuszczać jego istnienie w krwi po za hemoglobiną). Wobec tego z ilości Fe wolno nam wnosić o ilości hemoglobiny. A więc na tej podstawie wolno teraz twierdzić, że ubytek hemoglobiny we krwi bynajmniej nie jest tak bezwzględnie stałą nieprawidłowością ustroju chorego, jak to nakazują mniemać wyniki kolorymetrycznych badań krwi, boć przecie w krwi chorej bywa bardzo często żelaza więcej.

W dodatku pierwszym omawia autor sprawę niedokrwistości. Ta sama rzecz była przedmiotem wykładu autora, wygłoszonego w roku zeszłym w Tow. lek. lwowskiem; — znaleźć go może czytelnik w sprawozdaniu z Tow. lek. lwowskiego w zeszłorocznym »Przeglądzie lekarskim«. W dodatku drugim streszcza autor w krótkich słowach pracę Hołobuta. »O stosunkach mię-

dzy parciem naczyniowem, a składem krwi«. (»Przegl. lek.« 1905, Nr. 35 i 36).

W »Zarysie« swoim porusza przeto autor wiele myśli nowych, ciekawych i oryginalnych, a że podaje je w formie nadzwyczaj przystępnej, osiągnie »Zarys« na pewno zamierzony cel: »umożliwić zarówno uczniom medycyny, jak szerszym kołom lekarskim poznanie wstępne elementów hematologii patologicznej«.

Stahr.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Moosbrugger. **O wewnętrznem leczeniu zapalenia kątnicy.** (*Münch. med Wochenschr.* 1905, Nr. 37). Autor leczył w ostatnich pięciu latach przeszło 70 chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego, tak ostre jak i przewlekłe, tylko wewnętrznie — z wynikiem, jak twierdzi, znakomitym, stosując obficie srebro koloidalne Credego. W przypadkach lekkich chory natychmiast musi się położyć, dostaje ciągle okłady z siemienia lnianego i wewnętrznie *argent. colloidale* 1:200 wody, co ½—1 godz. łyżkę stołową. W przypadkach ciężkich lub dalej posuniętych podaje się wewnętrznie *arg. colloid.* 1·5—2·0:200·0, co godz. 10 gr. i równocześnie należy 2 razy dziennie wcierać po 3 gr. maści kolargolowej przez 25—30 minut na stronach zgięcia kończyn górnych i dolnych po dokładnem ich zmyciu. Jeśli zaś istnieją silne wymioty, stosuje się kolargol w lewatywie w ilości przynajmniej 0·5 gr. na 50 gr. wody, a w ciężkich przypadkach 1:100 wody na jedną lub dwie lewatywy rano i wieczór. Dzieci zażywają z roztworu 0·5—0·75:100·0 co pół godziny łyżeczkę kaw., a w razie wymiotów dostają jedną do dwu lewatywek po 50 gr. tego roztworu i przytem wcierania z 1 gr. maści kolargolowej 1—2 razy dziennie. Przy tem leczeniu ani środki wypróżniające, ani makowiec lub morfina nie są wcale potrzebne. Autor utrzymuje, że jeżeli kolargolu użyje się wcześnie, to już drugiego dnia stan ogólny i miejscowy zaczyna się poprawiać, drugiego lub trzeciego dnia odchodzą już samodzielnie wiatry i stolec i następuje odrazu podmiotowe i przedmiotowe polepszenie. W przypadkach ciężkich, w których wysięk przebił już do otrzewnej i grozi ogólne zapalenie otrzewnej, poprawa następuje wprawdzie znacznie wolniej i przez 4—8 dni stan bywa jeszcze groźny, potem jednak również następuje polepszenie; w takich przypadkach trzeba podawać i wcierać kolargol przez kilka tygodni. Wogóle po zwalczeniu napadu ostrego nie należy nigdy odrazu przerywać leczenia kolargolem, inaczej powstają, według autora, nawroty, wymagające znowu większych dawek srebra koloidalnego. Dlatego M. stosuje zawsze jeszcze przez kilka tygodni po napadzie roztwór 1:200 kolargolu, co 3 godz. lub 3 razy dziennie 5—10 gr. Autor podaje, że z wyjątkiem dwu przypadków, w których już w chwili rozpoczęcia leczenia było zapalenie otrzewnej i ciężkie objawy zakażenia, a które rychło skończyły się śmiercią, wszyscy chorzy jego wyzdrowieli bez zabiegu operacyjnego i tylko u 2 chorych nastąpił po roku nawrót choroby. Jeśli przy dłuższem zażywaniu wielkich dawek kolargolu stolce stają się zbyt częste, nie należy przerywać leczenia, lecz tylko trzeba dawkę dzienną zmniejszyć. Jedynie gdy istnieje już ogólne zapalenie otrzewnej, wskazanym jest zdaniem M. zabieg chirurgiczny i równoczesne energiczne stosowanie srebra koloidalnego. Autor posuwa się tak daleko, że nie waha się skutku leczenia kolargolem w zapaleniu wyrostka robaczkowego porównać ze skutkami surowicy w błonicy!

Dr. Fels.

F. Rollin. **Kliniczne doświadczenia nad niedokrwistością.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr. 5). Równoczesne pojawianie się zaniku błony śluzowej żołądka, czyli tak zwanej *gastritis anacida vel achylia gastrica* z najsilniejszym stopniem niedokrwistości, znanym jako niedokrwistość złośliwa, skłoniło autora do badania związku między stopniem kwaśności treści żołądkowej, a stanem krwi i niedokrwistością. Autor dochodzi do wniosku, że istnieje ścisły związek między tymi stanami. Nadmiernej kwaśności treści żołądkowej odpowiada nadmierna ilość hemoglobiny, a w miarę spadku kwaśności zwiększa się stopień niedokrwistości. Przez poprawienie trawienia żołądkowego sztucznym sokiem Pawłowa można usunąć niedokrwistość, oczywiście, jeżeli to nie jest niedokrwistość z powodu utraty krwi n. p. z wrzodu żołądka. Skuteczność tego leczenia tłomaczy autor ważnym wpływem odkażającym, jaki wywiera sok żołądkowy, a którego niedopisywanie odbija się w następstwie na stanie krwi.

Dr. M. Blassberg.

Senator. **O dyetetycznem leczeniu wrzodu żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 3). Nie ulega wątpliwości, że przy dotychczasowem leczeniu wrzodu żołądka wstrzymywaniem się od pokarmów siły i odżywienie bardzo podupadają. S. podaje więc glutynę (klej i żelatynę), tłuszcz, cukier i białko w małej ilości w ten sposób, by nie obciążać żołądka i nie wywołać krwawienia, a zarazem odżywiać i wiązać nadmiar kwasu solnego. Klej jest lekko strawnym, bardzo pożywnym i tamuje krwawienie żołądkowe. Tłuszcz i cukier są bardzo pożywne i wiążą kwasy, a tłuszcz prócz tego działa łagodząco na wrzody, co nadaje mu również wielką wartość przy sprawach zapalnych i owrzodzeniach gardła i przełyku ze względu na zmniejszenie bolów przy łykaniu. S. stosuje więc wobec świeżych, krwawiących wrzodów żołądka: *Decoct. gelatinae alb. purissim. 15—20: 150—200 Elaeosacch. citri 50;* przed użyciem ogrzać; co 1—2 godz., a w naglących przypadkach nawet co ¼—½ godz. podać łyżkę stołową. Przytem podaje się świeże masło i śmietanę w małych ilościach, lecz zato często tak, że nawet ciężko chorzy spożywają w jednej dobie 30 gr. masła i ¼ l. śmietany. Jeśli chory niechętnie spożywa masło w stanie zwykłym, podaje mu się je w mrożonych kuleczkach, tak samo wielu chorych woli śmietanę, ubitą z cukrem lub bez cukru na pianę i mrożoną (*Schlagsahne*). Jeśli krwawienia się nie powtarzają, podaje się tych pokarmów coraz więcej i dodaje się mleko, jaja bite i t. p.; według polecenia Lenhartza można przejść do mięsa skrobanego o wiele wcześniej, niż według ścisłej metody Leube-Ziemssena. Odwar żelatyny sprawia niektórym chorym wstręt po dłuższem zażywaniu i zatrzymuje stolec, co z początku jest nawet poniekąd pożądane; dlatego w dalszym przebiegu choroby podaje się go rzadziej, albo zupełnie przestaje się go podawać, lecz w razie ponownego krwotoku należy go znowu podawać częściej; wstrzymuje on bardzo szybko wymioty krwawe. Zresztą można podawać klej i w innych smaczniejszych postaciach, jak galarety z nóżek cielęcych, kur lub kleju rybiego (*ichthyocolla, Hausenblase*) z dodatkiem cukru lub soków, i galarety mleczne, sporządzone z mleka, cukru, żelatyny, soku cytrynowego i t. p. Zamiast masła można niekiedy podawać dobrą oliwę; ponieważ jednak niektórych chorych pobudza ona do wymiotów, przeto można ją podawać dopiero w dalszym toku leczenia, a nie z początku. Oliwę podaje się albo czystą, albo w zawiesinie (*emulsio amygd.*). Przy takiem leczeniu obywał się S. w ostatnich latach bez lewatyw odżywczych.

Dr. Fels.

CHIRURGIA. Prof. L. Rydygier. **O leczeniu przerostu stercza.** (*Tygodnik lek.* Nr. 1—2, 1906). Autor kolejno przechodzi i ocenia sposoby leczenia przerostu gruczołu krokowego. Cewnikowanie jest szkodliwe, bo przez zwłokę operacyi pozwala na rozwój zmian w sterczu, pęcherzu i nerkach. Zabiegi operacyjne na częściach płciowych (wytrzebienie, wycięcie przewodów nasiennych) okaleczają chorego, a bardzo często zawodzą. Zakładanie przetoki powyżej spojenia łonowego sposobem Pounceta, operacya Kryńskiego, unosząca wierzchołek pęcherza i wszywająca go w ściany brzuszne, oraz prostatotomia Merciera, Harrisona i Bottiniego powinny ustąpić pierwszeństwa zabiegom, zdążającym wprost do usunięcia przerostu stercza. Z tych zabiegów resekcya stercza sposobem autora, z pozostawieniem płatów bocznych przy cewce moczowej, jest ze wszystkich sposobów operacyjnego leczenia przerostu stercza najmniej niebezpiecznym, nie grozi ani przypadkowem obrażeniem odbytnicy, ani pozostawieniem przetoki moczowej na kroczu, ani moczociekiem, ani nie wpływa ujemnie na popęd płciowy i możliwość jego zaspokojenia. Leczenie promieniami Roentgena nie jest dotąd jeszcze dostatecznie zbadane i wymaga wielkiej ostrożności z powodu ubocznego szkodliwego działania promieni Roentgena, zwłaszcza na części płciowe. Przy złośliwych nowotworach w przerosłym sterczu należy wykonać jak najdokładniejsze całkowite wyłuszczenie gruczołu.

Dr. M. Blassberg.

S. Grosglik. **Roentgenogram nerki rakowatej, symulujący obecność kamienia.** (*Medycyna* 1906, Nr. 1—2). Osobnik zupełnie zdrowy dostał nagle bez żadnych dolegliwości krwiomoczu, który w krótkim czasie skończył się pomyślnie. Po upływie trzech lat powtórzył się krwotok, który tym razem trwał uporczywie przez trzy miesiące. Źródłem krwawienia była lewa nerka niepowiększona. Mocz, z tej nerki pochodzący, zawierał prawie prawidłowe ilości mocznika i dokładnie eliminował cukier pod wpływem florydzyny. Na radyogramie widać wyraźny cień między 11-tem a 12-tem żebrem, znamienny dla kamienia. Rozpoznano kamień nerki, przy operacyi jednak znaleziono zwyrodnienie rakowe. Przyczyną błędnego rozpoznania była prawidłowa wydajność nerki, która wszakże, jak się to z preparatu okazało, pochodziła stąd, że sprawa nowotworowa szerzyła się tylko w górnej połowie nerki, nie naruszając dolnej połowy. Nadto przyczyną mylnego rozpoznania kamienia z roentgenogramu był skrzep zwapniały, usadowiony wśród masy rakowatej, nie przepuszczający promieni Roentgena.

M. Blassberg.

R. Barącz. **Zapalenie ścięgna Achillesa na tle skazy moczanowej.** (*Tygodnik lek.* Nr. 2, 1906). Autor spostrzegał w praktyce prywatnej przypadki zapaleń ścięgna Achillesa na tle skazy moczanowej. Chorzy uczuwają podczas chodzenia ból, zwłaszcza przy podniesieniu pięty, i kuleją. Ścięgno Achillesa ulega zgrubieniu, jest bolesne przy obmacywaniu, a często zniekształtnione twardymi, bardzo bolesnymi guzkami, dochodzącymi wielkości orzecha laskowego. Częste bywają nawroty tego cierpienia, oraz towarzyszące dolegliwości w różnych okolicach ciała u tego samego osobnika. Zapalenie zazwyczaj pojawia się w obu ścięgnach Achillesa, rzadziej jednostronnie, a trwa 2—3, rzadziej 5 dni. Czasami bywa jedno ścięgno znacznie silniej zajęte, niż drugie. Mocz i tryb życia chorych, dotkniętych tem cierpieniem, wskazują na tło dnawe. Leczenie jest dyetetyczne, a miejscowo działać należy przeciwzapalnie i unieruchomić ścięgno przylepcem. Wobec lekkich bolów wystarcza metodyczne miesienie. *M. Blassberg.*

Danielsen. **O nowokainie.** (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 46). Autor uważa nowokainę za bardzo dzielny środek znieczulający; stosuje się go w roztworze 1 prc., 2 prc. i 10 prc. z dodatkiem suprareniny. Roztwór stosuje się w znieczuleniu zwykłem, oraz sposobem Schleicha i Obersta, 10 prc. roztwór zaś stosuje się do znieczuleń błon śluzowych. Roztwór wyjałowiony przechowuje się w małych ciemnych flaszeczkach 10-gramowych. Nowokaina znieczula miejscowo bardzo dobrze, nie drażni, działa szybko, nie wywołuje żadnych ubocznych objawów zatrucia, żadnych bolów następowych, ani objawów zadrażnienia, nie wywołuje zgorzeli, nie zmniejsza działania wyciągu z nadnercza i daje się wyjałowić. Wskutek tych zalet i niskiej ceny może nowokaina zupełnie zastąpić kokainę i zasługuje na polecenie w praktyce prywatnej. Autor opiera zdanie swe o nowokainie na 255 przypadkach. *B. Żmigród.*

Kolaczek. **Przyczynek do etyologii raka.** (*Deutsche Aerztezeitung* 1905, Z. 11). U chorego 48-letniego, który za młodych lat przebył kiłę, a oddawna namiętnie palił tytoń, wystąpiła na języku i na błonie śluzowej warg i policzków leukoplazya. Guzki te sprawiały choremu uczucie ciała obcego w ustach, a nawet u orczywą suchość, o usunięcie której najbardziej choremu szło. Większe guzki usunięto przez wycięcie, poszczególne ranki spojono szwami, kilka mniejszych przypalono żegadłem Paquelina. Jeden z tych guzków, znajdujący się na lewej połowie wargi górnej, nie zgoił się mimo przypalenia, przeciwnie w tem miejscu poczęło się rozwijać owrzodzenie o twardych brzegach. Po czterech tygodniach poczęły brzęknąć gruczoły podszczękowe, co skłoniło do rozpoznania raka; w następstwie tego wycięto owrzodzenie i wyłuszczono gruczoły. W 3 miesiące później rozwinął się pierwszy nawrót w postaci przerzutów w gruczołach wzdłuż tętnicy szyjnej. Wykonano powtórną operacyę doszczętną, chory wyzdrowiał. Jednakże już po 2 ½ latach wystąpił drugi nawrót w postaci zajęcia gruczołów aż po obojczyk; gruczoły te wyłuszczono, ale wkrótce potem nastąpił trzeci nawrót, który wraz ze znacznem wyniszczeniem ustroju spowodował zejście śmiertelne, w przeciągu trzech lat, licząc od początku leczenia. Zdaniem autora nie ulega prawie żadnej wątpliwości, że za przyczynę powstania raka w miejscu, dotkniętem leukoplazyą, uważać należy uraz operacyjny, że zatem pomoc lekarska pobudziła utajone „usposobienie rakowe“ do wybuchu. Autor radzi, by w leczeniu leukoplazyi unikać rękoczynów, a jeśli już bez tego obejść się nie można, to guzki wycinać, gdyż wycięcie jest lżejszym urazem, niż przypalenie. *B. Żmigród.*

Van Lier. **O ucisku nerwów.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie* Z. XLVI, 1905, str. 711). Ukłucie w ramię było powodem powstania tętniaka tętnicy ramiennej, który przez ucisk na nerw, wywołał porażenie n. pośrodkowego (*medianus*). Tętniak wycięto, jednak zaburzenia nerwowe nie ustąpiły; polepszenie nastąpiło dopiero po 12 dniach, kiedy wykonano drugą operacyę. Polegała ona na odsłonięciu nerwu, przerosłego tkanką łączną i na kilkakrotnych podłużnych nacięciach. Na podstawie doświadczeń, robionych na nerwach kulszowych żab, doszedł autor do przekonania, że ciągłość w przewodnictwie nerwu nie ustaje wskutek ucisku na nerw, lecz że z nerwu zostaje przez ucisk wyciśniętą axioplasma i w ten sposób powstaje przerwa w przewodnictwie nerwu. Dopiero po ustąpieniu ucisku spływa axioplasma, a przez to wraca i zdolność przewodzenia. To tłómaczenie, oparte na doświadczeniach, uważa też autor za najlepsze w opisanym powyżej przypadku, zarówno jak i w innych, w których bardzo szybko po operacyi wracała zdolność przewodzenia i to w czasie zbyt krótkim, by mogło nastąpić odrodzenie się nerwu. *B. Żmigród.*

Lanz. **O zakładaniu przetoki wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 4, 1906). Autor jest przeciwnikiem zbyt porywczego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego. Uwagi swe opiera na 1286 przypadkach, z których tylko w 710 usunął wyrostek; żaden z operowanych nie umarł. Według autora jest zupełnie wskazaną i nie grozi niebezpieczeństwem tylko operacya w samym początku napadu, t. j. najdalej drugiego dnia, albo też na zimno (najwcześniej w miesiąc po ostatnim napadzie). Stare ropnie okołowyrostkowe zwykle są jałowe, autor zaszywał przeto jamę brzuszną zawsze na głucho. Zdarzają się przypadki, w których wyrostka z powodu trudności technicznych nie można usunąć, jak to i autorowi w 3 przypadkach się zdarzyło. Obecnie w takich razach odłącza autor wyrostek od kątnicy, otrzewnę zaszywa, a wyrostek wraz z otaczającemi go tkankami wszywa w kąt rany zaotrzewnie. Zyskuje się przez to pewność, że jelito zagoi się bez przetoki, wyrostek zaś często sam potem wyropieje na zewnątrz albo też można go już będzie później przy drugiej operacyi usunąć łatwiej i bez niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej. *Klęsk.*

Graser. **Uwagi o leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 4, 1906). Materyał, zebrany przez autora, doprowadza go do przekonania, że obecnie średnia śmiertelność po operacyi ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nie jest jeszcze bardzo małą. Objawy kliniczne często zawodzą i przy operacyi spotkać można niespodzianki, tak że z objawów żadnych wniosków co do stanu wyrostka i otrzewnej wysnuć napewno nie można. Operować powinno się pierwszego, najdalej zaś drugiego dnia, gdyż wtedy zwykle zmiany ograniczają się jeszcze do samego tylko wyrostka, a zwykle już trzeciego dnia dołącza się miejscowe zapalenie otrzewnej. Podawania makowca powinno się unikać, bo zaciera obraz chorobowy. Najpewniejszym jeszcze objawem ciężkich zmian jest napięcie mięśni brzusznych. *Klęsk.*

Hildebrand. **O leczeniu wola.** (*Ther. der Gegenwart* I, 1906). Przyczyny powstawania wola nie znamy jeszcze, to jednak pewne, że w niektórych okolicach panuje on nagminnie; zapobiegawczo więc powinniśmy osoby, skłonne do tego cierpienia, z okolic takich usuwać. Różne rodzaje wola zwykle dość dobrze rozróżnić można. Torbielowate rosną, a raczej powiększają się bardzo szybko i mają powierzchnię zupełnie gładką. Zapominać jednak nie należy, że i nowotworowe wole rosną zwykle szybko. Wól naczyniowy wpada sam w oczy rozwojem żył. Wole nowotworowe zwykle są mało ruchome z powodu zrostów. Wole miąższowe odznacza miękkość utkania i nieregularny kształt. Co do leczenia, to u osobników młodych pomaga często podawanie wewnętrzne jodku potasu, tyreoidyny, lub i samego świeżego gruczołu. Jod zewnętrznie w postaci maści nic nie pomaga. Wstrzykiwania nalewki jodowej do miąższu są zanadto niebezpieczne z powodu możliwości dostania się leku do żył. Gdy występują objawy utrudnienia oddechu, z operacyą zwlekać nie należy, gdyż leczenie środkami wewnętrznymi, wywołujące tworzenie się tkanki łącznej i kurczenie się gruczołu, jeszczeby duszność powiększyło. Torbieli nie radzi autor wyłuszczać podług Socina, gdyż często powstają nawroty, rzadko bowiem zdarza się, by był tylko jeden torbiel, ale zazwyczaj prócz niego jest jeszcze kilka małych; dlatego też najlepiej usuwać cały płat odrazu. Przy wolach naczyniowych wystarcza podwiązanie tętnic. W wolach zwapniałych usuwać należy tylko twarde ogniska. Zdania te opiera autor na doświadczeniu, zebranem z 600 operowanych przez siebie przypadków. Każdego wola można operować w znieczuleniu miejscowem. Rokowanie jest zupełnie dobre, śmiertelność ¼%, nawroty bardzo rzadkie. Niebezpieczeństwa operacyi wola polegają na krwotoku następowym, zapaleniu płuc i zranieniu nerwu krtaniowego. Przy dobrej technice i ostrożnem operowaniu, skrupulatnem tamowaniu krwotoku i podtrzymywaniu akcyi serca, niebezpieczeństwa te schodzą do zera i są daleko mniejsze, niż sam wól, grożący zawsze nagłem uduszeniem się chorego. Wole nowotworowe dają rokowanie złe, bo chorzy niestety zgłaszają się już zwykle za późno. *Klęsk.*

Hoffa. **Leczenie zniekształtniającego zapalenia stawu biodrowego.** (*Ther. der Gegenwart* I, 1906). Cierpienie to da się wyleczyć, ale tylko w początkach, a wtedy rozpoznać je bardzo trudno. Zdarza się ono u ludzi starszych bez wybitnego urazu, często wskutek długoletniej jazdy konnej. Zaczyna się skrycie, często pod postacią rwy kulszowej. Powinno się też wszystkich chorych, cierpiących rzekomo na rwę kulszową, badać nago i polecać im rozstawiać szeroko nogi przy badaniu. Objawami zniekształtniającego zapalenia stawu biodrowego są: utrudnienie i ograniczenie odwodzenia biodra, niemożność rozstawienia nóg szeroko, zmiany w kształcie szyjki, utrudnione skręcanie kończyny na zewnątrz, trzeszczenie w stawie, podniesienie się krętarza wielkiego ku górze. W obrazie röntgenowskim rysuje się ta zmiana położenia krętarza naturalnie najlepiej. Leczenie w początkach polega na stosowaniu przyrządu wyciągającego z pasem biodrowym. Przyrząd taki nosić musi chory (za dnia) prawie cały rok. Chory każdego ranka po obudzeniu się powinien smarować kończynę wódką francuską, zimną wodą i masować mięśnie, potem ćwiczyć staw biodrowy (ciągle w pozycyi leżącej), najlepiej przez takie ruchy, jak przy wdziewaniu pończoch i bucików, potem włożyć przyrząd i dopiero wtedy wstać z łóżka.

W późniejszych okresach choroby o wyleczeniu nie ma mowy i chory skazany jest stale na opisane leczenie i noszenie przyrządu. Próbować też można leczenia kąpielowego w Wiesbadenie, Cieplicach, Piszczanach, Karlsbadzie i t. d. Gdy choroba w końcu jest już bardzo daleko posunięta, nic pozostaje nic innego, jak wycięcie zniekształtnionej główki. Operacya ta, choć ciężka, daje jednak stosunkowo bardzo dobre wyniki, stawia chorych prędko na nogi i przywraca im zdolność do pracy. *A. Klęsk.*

Fr. Kijewski. **Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii w kamicy nerkowej.** (*Gaz. lek.* 1906, Nr. 1—3). U 35-letniego mężczyzny z powodu kamicy nerkowej usunięto (Prof. Kosiński) prawą nerkę. Po upływie 11 dni nastąpiły wskutek zatkania moczowodu drugiej nerki przez uwięznięty kamień bezmocz i mocznica, grożąca życiu chorego. Przy pomyślnej nefrotomii drugiej nerki, która uratowała chorego, stwierdzono, że nerka była już znacznie powiększona i mocno przekrwiona, a miedniczka jej bardzo rozciągnięta i wypełniona skrzepami krwi, oraz obfitym piaskiem moczowym, co łącznie tworzyło rodzaj kitu, który sam przez się już mógł być przeszkodą do swobodnego wypływania moczu. Nerka lewa w ciągu 12 dni po wycięciu nerki prawej musiała wykonywać nader wzmożoną pracę i ulegała tak znacznemu przekrwieniu, że krew nawet dostawała się do miedniczki. W pierwszych dniach po nefrektomii mocz wydzielał się niezbyt obficie: od 200—700 ctm.³, i ciągle był zmieszany z krwią, ponieważ nerka nie mogła przesączyć dostatecznej ilości moczu, nie mogła podołać swojemu zadaniu i z trudnością przystosowywała się do nowych warunków; stąd też stare złogi moczowe i skrzepy krwi nie mogły być dostatecznie wymywane z nerki. Po zatkaniu moczowodu przez kamień skrzepy krwi nagromadzały się w miedniczce i wypełniły ją całkowicie. Po nefrotomii wprowadzono do nerki dość głęboko dren grubości niemal małego palca, przez który udało się całkowite odprowadzanie moczu. Skoro tylko usunięto skrzepy krwi i złogi moczowe, oraz ułatwiono odpływ moczu na zewnątrz, czynność nerki nie była hamowana, a objawy mocznicy szybko ustąpiły. *Dr. M. Blassberg.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. H. Füth i G. Lockemann. **O wykryciu kwasu mięsno-mlecznego w płynie mózgowo-rdzeniowym u chorych na drgawki porodowe.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 2). Podobnie jak Zweifel wykrył kwas mięsno-mleczny w krwi i moczu w przypadkach drgawek porodowych, wykryli F. i L. tenże składnik w 3 przypadkach w płynie mózgowo-rdzeniowym, przy sposobności nakłucia, polecanego przez Kröniga. *B. Wojciechowski.*

D. Brunet. **Rzadkie wskazanie do cięcia cesarskiego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 2). 19-letnia pierwiastka zgłosiła się z końcem ciąży z powodu silnego, od kilku godzin trwającego krwotoku po pęknięciu żylaka wielkości orzecha laskowego na przedniej ścianie pochwy. Stwierdzono ogromne żylaki na całej przedniej ścianie pochwy; jeden z nich krwawi; w ciągu badania pękł inny żylak, a gwałtowny krwotok zmusił do tamponady. Przy zmianie tamponów po 2, względnie 3 dniach powtórzyły się gwałtowne krwotoki. Mimo iż trzeciego dnia rozpoczęły się lekkie bole, wykonał B. cięcie cesarskie zachowawcze, obawiając się, że w razie przeciągania się porodu ulegnie i tak już bardzo niedokrwista chora (tętno 128) nowym krwotokom przy zmianie tamponów lub w III okresie porodowym. W czasie zabiegu widoczne były w więzadłach szerokich żyły, dochodzące grubości palucha. Usunąwszy tampony po 48 godzinach stwierdzono, że żylaki zapadły się. Wyzdrowienie. Z 16 opisanych przypadków krwotoków z żylaków w ciąży lub podczas porodu skończyło się 7 śmiertelnie. Ruge i Martin polecają zapobiegawczo w przypadkach żylaków kończyn dolnych dłuższe wstrzykiwania ergotyny. *B. Wojciechowski.*

C. v. Tussenbrock. **Dokładniejsze szczegóły o zwiotczeniu macicy przy skrobaniu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 2). T. stawia sobie pytanie, jakim sposobem łączy się zwiotczenie macicy z powiększeniem jamy macicznej w czasie skrobania. Doléris uważa wydłużenie jamy za proste następstwo ucisku zgłębnika na zwiotczałą ścianę macicy. Geyl dopatruje się w pewnych przypadkach źródła powiększenia macicy w ujemnem ciśnieniu w jamie brzusznej. Schaeffer odróżnia 2 okresy: 1) rozdęcie balonowate z zachowanem napięciem ściany i 2) zupełne zwiotczenie, lecz nie tłomaczy przekonująco przyczyny tych zjawisk. T. stara się do wyjaśnienia tej sprawy zużytkować wyniki doświadczeń samego Schaeffera, który stwierdził, że forsowne rozszerzanie ujścia wewnętrznego macicy nieciężarnej wywołuje miejscowe przekrwienie czynne obok ogólnego wzrostu ciśnienia krwi. Zestawiając to doświadczenie z wynikami ostatnich badań Keiffera nad naczyniami macicy, z których wynika, że na przejściu pomiędzy tętnicami a żyłami znajdują się liczne szczeliny śródtkankowe, w stanie spokoju puste, a w stanie czynnym narządu napełnione szczeluie krwią, sądzi T., że pierwszej chwili zwiotczenia macicy towarzyszyć musi dość znaczne napięcie jej ściany, jako następstwo przepełnienia wspomnianych szczelin krwią. Wraz z ustąpieniem zwiotczenia powinnoby ustąpić przekrwienie. Nic jednak dziwnego, że w następstwie podnięty niefizyologicznej, jaką jest łyżeczka, zjawiska te niekiedy nie biegną równolegle, że zwiotczenie naczyń i wzrost ciśnienia krwi czasem ustępują, zanim macica się skurczyła, — a wówczas nastaje chwila zupełnej atonii macicy obok znacznego powiększenia jej jamy. *B. Wojciechowski.*

F. Stahler. **Poród przy macicy podwójnej, dwurożnej, z przegrodzoną pochwą.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 2). U 27-letniej pierwiastki z końcem ciąży pękł po krótkich bolach pęcherz płodowy przedwcześnie. W 7 godzin później stwierdzono: wypuklenie brzucha, silniejsze po stronie prawej, przez macicę smukłą: płód w położeniu miednicowem II, żywy; ponad wchodem do miednicy po stronie lewej opór, niedający się dokładnie określić; pochwa podwójna, z przegrodą grubości 3 mm. przez całą długość; 2 części pochwowe, z których prawa, miękka, przechodzi w ciężarną macicę, lewa zaś, zbitsza, w trzon macicy drugiej, po stronie lewej umieszczonej, nieciężarnej. Kiedy bole, silne i przykre, nie zdołały, prawdopodobnie z powodu fałszywego kierunku, po 34 godzinach od pęknięcia pęcherza wepchnąć pośladków do wchodu, sprowadził S., po uśpieniu rodzącej, łatwiej dostępną nóżkę tylną i wydobył łatwo płód lekko omdlały, który szybko docucono. Waga płodu 3250 grm. Oprócz małego pęknięcia krocza oderwała się przegroda w $^2/_3$ dolnych częściach od tylnej ściany pochwy. Łożysko wygnieciono. Połóg prawidłowy. Z macicy lewej odchodów nie było.

W przypadkach zdwojenia przewodu rodnego nie zawsze przebiega poród tak korzystnie. I tak spostrzegano krwotoki atoniczne z powodu rozwinięcia się łożyska na ścianie, łączącej obie macice, nadzwyczaj słabe bole i liczne przeszkody mechaniczne z powodu wrodzonych przeszkód w drogach porodowych, których w przypadku S. nie było. *B. Wojciechowski.*

P. Zweifel. **O zapobieganiu gorączce w połogu.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 1). Mimo zarzutów z wielu stron przekonał się Z. na obfitym dalszym materyale o pożytku, jaki przynosi wydalanie skrzepów z tylnego sklepienia pochwy w kilka godzin po porodzie. Uskutecznia się to na łóżku poprzecznem przy pomocy wziernika listkowego i suchych jałowych wacików. Mniej dobrze wypadły doświadczenia z wypłukaniem skrzepu zapomocą kanki; stosuje się je jednak w przypadkach, w których szyto krocze. Przy tem postępowaniu wynosiła chorobliwość w ostatnim kwartale 5·7 prc. Z. zaleca dalej gorąco badanie w rękawiczkach, przez co uzyskał spadek przypadków gorączkujących z 11·5 na 7·7 prc. Usunięcie skrzepów wpływa na wejrzenie odchodów w ten sposób, że tylko przez parę dni są odchody lekko krwawe, przytem skąpe, i szybko znikają zupełnie. *B. Wojciechowski.*

K. Baisch. **Przyżeganie macicy parą** (*vaporisatio*). (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 1). Po zadziałaniu pary, ogrzanej do 108° przez $1^1/_2$ minuty, na dobę przed wycięciem macicy, dostrzega się gołem okiem strup brunatny, grubości 1—3 mm., a pod nim tej samej grubości warstwę czerwoną, poniżej miąższ zdrowy. Mamy zatem obraz oparzenia III. stopnia. B. przekonał się, że stopień oparzenia nie pozostaje w ścisłym związku z czasem działania pary, ani z małemi wahaniami w jej ciepłocie, gdyż strup chroni głębsze warstwy od dalszego działania ciepła. Wynik zależy od grubości warstwy gruczołowej. Cienka błona śluzowa może uledz zniszczeniu aż do warstwy mięsnej, z grubej pozostaje, po oddzieleniu się strupa, najgłębsza warstwa, z której odmładza się błona śluzowa. Nie znając grubości błony śluzowej przed zabiegiem, zdajemy chorą na los przypadku. U osób młodych zatem jest przyżeganie parą przeciwwskazane, gdyż przypadkowe, rzadkie zresztą, wyleczenia nie zrównoważą szkód. Wyjątek stanowi krwawiączka, plamica Werlhofa i t. p., przy których wchodzi w grę wycięcie macicy. Krwotoki w okresie przekwitania, opierające się tak często innemu leczeniu, nadają się bardzo do przyżegania parą. Chcąc być pewniejszym wyniku, dobrze jest na 5—7 dni przedtem macicę wyskrobać, — co już ze względów rozpoznawczych jest wskazane. Można wprawdzie wykonać oba zabiegi równocześnie, lecz wtedy niezbędnem jest z powodu bolesności uśpienie, a skrzepy utrudniają należyte działanie pary. Macica, w której są włókniaki, nie stanowi wdzięcznego pola do leczenia parą, a nawet może zabieg ten pociągnąć wtedy za sobą niebezpieczeństwo zgorzeli włókniaka. Podobnież nie jest to leczenie odpowiedniem w przypadkach zakażenia septycznego lub dwoinkami wiewiórowemi (2 barwne ryciny przedstawiają różnicę pomiędzy działaniem pary po wyskrobaniu i bez niego). *B. Wojciechowski.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Prof. Kisch. **Stosowanie leków kombinowanych.** (*Therapie der Gegenwart.* 1906. I). Lépine dowiódł, że połączone stosowanie małych, nieskutecznych dawek kilku silnych środków działa taksamo, a nawet lepiej, niż wielkie dawki jednego środka. K. używa również tego sposobu w chorobach serca i w chorobach kobiecych, stosując te leki często i w krótkich przerwach. W przypadkach przewlekłej niedomogi sercowej przepisuje K. np. *Rp. Tinct. digit. purp. 2, T. strophanti T. convall. majal. āa 5, T. chinae comp. 25*, M. d. s. co godz. 10 kropel i osiąga tym lekiem skutek lepszy i szybszy, niż wielkiemi dawkami naparstnicy. Uważać tylko należy na to, by nie powstało działanie zbiorowe. Podobnie zapisuje: *Rp. Dialyzat Golaz, Herbae adon. vern., Herb. convall. majal. āa 2·5 Tinct. ferr. pomat. 20; M. d. s.* co godz. 10 kropel. By u chorych na serce działać moczopędnie, zapisuje małe dawki naparstnicy, octanu potasowego (*kalium acet.*), wyciągu ostrawki (*extr. scillae*) i diuretyny do zażycia co godzina lub co pół godziny. W ciężkich krwotokach miesiączkowych, krwotokach macicznych w okresie przekwitania lub wskutek mięśniaków stosuje z dobrym wynikiem: *Rp. Tinct. haemostyptic. Denzel, Extr. hydrast canad., Extr. herb. gossypii, Extr. fluid. hamamel. virgin. āa 10; M. d. s.* co ½ godz. 10 kropel. (*1 g. tinct. haemostyptic. Denzel* zawiera 0·1 sporyszu). Wobec podrażnienia tkanki przymacicznej, otrzewnej, a nieraz i jelit, stosuje zamiast większych dawek makowca: *Rp. Tinct. opii simpl. 5. T. cinnamom. T. valer. aether. (Aq. lauroc.) āa 10;* co godz. 10—15 kropel. *Dr. Fels.*

Arhovinę poleca Fasano z Neapolu (*Archivio internationale di medizina e chirurgia* Nr. 20, 1905) przeciw wiewiórowi i nieżytowi pęcherza, u mężczyzn i u kobiet, wewnętrznie i zewnętrznie. Po użyciu 3—6 razy dziennie po 1—2 kapsułek à 0·25 gr. nabiera mocz własności bakteryobójczych i powstrzymuje rozwój dwoinek tryprowych. W przypadkach uporczywych poleca F. wstrzykiwania do cewki: *arhovin 5, ol. oliv.* 100, lub przepłukiwania pęcherza 2% roztworem. Przy nieżytach szyi macicznej używał pręcików i gałek arhovinowych. W przypadku gruźlicy pęcherza stwierdzono polepszenie objawowe. Działanie szybkie, bez objawów ubocznych; mętny, amoniakalny mocz wkrótce się wyjaśnia, staje się znów kwaśnym i nie zawiera już bakteryi; nigdy nie zauważono po arhovinie ani dolegliwości żołądkowych, ani podrażnienia nerek. *Hr.*

Fränkel (*Wiener klin. Runds.* 29/30. 1905), zastanawiając się nad sposobem zapobiegania miażdżycy, oparł się na wzmiance Burwinkla, że surowica Trunecka wywierać się zdaje w miażdżycy wpływ korzystny. Trunecek sądzi, że korzystny wpływ surowicy polega na działaniu zawartych w niej soli na serce i na same tkanki naczyń, w szczególności na śródłonek. Otóż Fränkel, uważając wstrzykiwania surowicy z różnych względów za mniej odpowiednie, próbował podawać w 38 przypadkach kołaczyki antysklerozynowe, zawierające sole surowicy, i utrzymuje, że w 19 przypadkach dostrzegł poprawę lub czasowe znikanie objawów podmiotowych i przedmiotowych. F. twierdzi jednak, że przedewszystkiem spodziewaćby się można skutku z zapobiegawczego użycia tych kołaczyków, skoro tylko pojawią się pierwsze oznaki choroby, sądząc, że uzyskanie choćby najdrobniejszej poprawy podmiotowej godne jest starań. *Ll.*

Salofen, preparat salicylowy, poleca dr. A. Heindl (*Aerztliche Reform-Zeitung* 1904, Nr. 6) jako środek, niesprawiający, o ile nerki i przewód pokarmowy są zdrowe, żadnych objawów ubocznych. O ile się zdaje, rozpuszcza się dopiero w jelitach. W dawce 3—4 grm. działa szybko w przypadkach nerwobolu nadoczodołowego, gośćca mięśniowego, zapalenia gardła i wogóle we wszystkich następstwach przeziębienia. Poty albo zupełnie nie występują, albo tylko w nieznacznej mierze. Capellari donosi (*Gazetta degli Ospedali* 1896, Nr. 35) o 4 przypadkach nerwobolu kulszowego, leczonego skutecznie dawkami salofenu do 4 grm. dziennie. Leczenie trwało zawsze około tygodnia. Działania ubocznego nie było, z wyjątkiem lekkich potów. Dr. S. Dibailow (*Wraczebnaja gazeta* 1904, Nr. 27) chwali działanie salofenu w ostrym gośćcu stawowym (2 przyp.), w nerwobolu nerwu trójdzielnego (2 przyp.) i w influency (17 przyp.). Uważa ten preparat za słabszy od salicyl. sodowego i aspiryny, nie wywołujący za to objawów ubocznych. *A.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 29 listopada 1905.

Przewodniczy: Prof. Nowak. Obecnych członków 34.

I. Protokół z poprzednich posiedzeń przyjęto.

II. Kol. Doc. Droba uzupełnia dyskusyę nad swym wykładem **o zapaleniu nagminnem opon mózgowordzeniowych** w sposób następujący:

Praca kol. Lewkowicza p. t.: »O etyologii zapaleń opon mózgowordzeniowych«, drukowana w »Przeglądzie lekarskim« w r. 1900, a zawierająca stwierdzenie w 6 przypadkach w latach 1899/1900 obecności ziarenkowca nagmin. zap. opon w płynach mózgowordzeniowych, podaje oprócz tego przypuszczenie, zresztą nie nowe, wysnute z błędnych wyników badań Jägera i jego zwolenników, o których wyraźnie w odczycie powiedzieliśmy, że wprowadziły jedynie zamieszanie i fałszywe poglądy w epidemiologii tej choroby, powtarzane nawet w najnowszych podręcznikach lekarskich. Oto, co pisze kol. Lewkowicz: »Poza oponami i płynem mózgowordzeniowym znajdowano meningokoka, a właściwie, o ile nie stwierdzono identyczności dalszemi badaniami, dwoinkę wewnątrzkomórkową, w obecności odpowiednich spraw zapalnych w wydzielinie nosa, gardła i ucha, w plwocinie, w kale biegunkowym, w wysiękach osierdziowych, opłucnych, stawowych, w nerkach i moczu. Spostrzeżenia te rzucają pewne światło na sposób przenoszenia się zarazka z osobnika na osobnika w wydzielinie błon śluzowych i t. d. — wynikałoby jednak z tego, że choroba właściwie nie jest pierwotną, a uchodzi za taką jedynie dlatego, że pierwotne umiejscowienie, wobec zajęcia opon, bardzo mało na siebie zwraca uwagi. Zajęcie opon nie musi być stałem następstwem takiego swoistego zajęcia błon śluzowych, jest raczej powikłaniem. To też w czasie epidemii i po za nią znachodzono bez zajęcia opon w najrozmaitszych wydzielinach i wypocinach ustroju dwoinkę wewnątrzkomórkową. Sam widziałem ją w tych warunkach w plwocinie (w preparacie raz jeden, bez stwierdzenia naturalnie, że to jest ziarenkowiec nagminnego zapalenia opon)«.

Otóż według krytycznego zestawienia badań przez Albrechta i Ghona było do czasu rozpoczęcia naszych badań zaledwo 3 przypadki, w których ponad wszelką wątpliwość wykazano obecność meningokoka poza płynem mózgowordzeniowym i to jedynie i wyłącznie na błonie śluzowej nosa (raz na błonie śluzowej chorego na zapalenie opon, raz na błonie śluzowej nosa [zdrowego] ojca dziecka, zmarłego na zapalenie opon, a raz w wydzielinie nosa Kiefera, który, robiąc doświadczenia nad tym zarazkiem, nabawił się ostrego nieżytu nosa). Reszta badań, przytoczonych i przez kol. Lewkowicza, należy dziś do »badań niebyłych, bałamucących tylko rzecz«. Nie może też mieć znaczenia i ten jeden preparat rozcierany kol. Lewkowicza, w którym znaleziona dwoinka wewnątrzkomórkowa mogła być równie dobrze ziarenkowcem nieżytowym (*micrococcus catarrhalis*), zwłaszcza, że o ile z niezbyt jasnego tekstu wnosić można, znalazł ją kol. Lewkowicz poza epidemią. Podnieść tu należy, że poza epidemią badań ścisłych dotychczas nie było, a nasze, pierwsze, obecności swoistego zarazka w nosach nie stwierdziły. Z tego widać, jaką wartość mogą mieć badania, na których oparł Jäger swe przypuszczenie, które kol. Lewkowicz bądźto powtarza za Jägerem, bądź też modyfikuje o tyle, że uważa zapalenie opon za »powikłanie swoistego zajęcia błon śluzowych«, i do którego praw pierwszeństwa broni.

Obrona ta jednak była niepotrzebną, bo nigdzie w naszej pracy nie znajdzie nikt nawet śladów rozwinięcia tej myśli. Nasz kierunek badań miał początek bądźto w myśli Weichselbauma, wygłoszonej jeszcze w r. 1884, »że zarazek dostaje się najprawdopodobniej z nosa wprost do opon«, bądź w dodatnich i pewnych wynikach badań Albrechta i Ghona, którzy raz w nosie chorego, a raz w nosie [zdrowego] ojca dziecka, zmarłego na zapalenie opon, stwierdzili obecność swoistego zarazka, bądź w przypuszczeniu Weichselbauma i innych, że »choroba ta, podobnie jak zapalenie płuc, może być wynikiem samozakażenia ziarenkowcem nagminnego zapalenia opon, który stale, podobnie jak pneumokok, w prawidłowej błonie śluzowej nosa żyje«, bądź wreszcie w ogólnych zasadach i pojęciach, które dziś w epidemiologii panują, — i postępował w dalszym ciągu za wynikłymi z nich faktami, doprowadzając do wniosków, zupełnie sprzecznych z przypuszczeniem kol. Lewkowicza i nie wypowiedzianych do

dziś dnia przez nikogo. Streszczają się one w najogólniejszych zarysach w tem, że głównymi przenosicielami są (podobnie, jak »Choleraträger«) osoby zdrowe z otoczenia chorych lub ognisk epidemicznych, zakażające drogą powietrza w pewnych ściśle określonych warunkach nie jednostki, ale zwykle całe rodziny. U tych osób nieżytu błony śluzowej nosa, w przeciwieństwie do chorych, — nie spotykaliśmy wcale, — o czem w pracy naszej dość szczegółowo mówimy, usiłując właśnie tym brakiem nieżytu wytłómaczyć, dlaczego w nosach osób zdrowych dłużej swoisty zarazek się utrzymywał, niż w nosach osób chorych na zapalenie opon, u których dość często nieżyt nosa w początkach spotykano.

Przy tej sposobności należy podnieść, że wspomniana praca kol. Lewkowicza, stwierdzająca obecność meningokoka w płynie mózgowordzeniowym w 6 przypadkach w latach 1899/1900, a nie zawierająca zresztą żadnych innych badań, miała dla nas, a prawdopodobnie i dla sprawy zapalenia opon to tylko znaczenie, że zbierając przypadki tej choroby w Galicyi mogliśmy zapisać we wspomnianych latach te 6 przypadków, w których w płynie mózgowordzeniowym stwierdzono meningokoki. Późniejsi pracownicy kliniki chorób dzieci w Krakowie stwierdzali je zresztą w dalszych przypadkach stale, ale nie ogłosili swych wyników badań.

Wreszcie w sprawie pierwszeństwa odkrycia jednego z ziarenkowców, odbarwiających się sposobem Grama, a wspomnianych przez nas, który jako nowy gatunek opisał kol. Lewkowicz w r. 1901, powinienby kol. Lewkowicz zwrócić się do Seiferta, Kirchnera, a potem Pfeiffera i innych, z których pierwsi dwaj opisali ten gatunek ziarenkowca już w r. 1890 pod nazwą »*micrococcus catarrhalis*«, uwzględniony pod tą nazwą i przez nas. W sprawie tej odsyłam do niewystarczającego już dziś zresztą opisu kol. Lewkowicza w »Archives de medec. experimentale« 1901, Nr. 4, który proszę porównać z opisem »*micrococcus catarrhalis*«, uwzględnionym w każdym podręczniku bakteryologii.

Na tem kończę dyskusyę z mej strony, gdyż sądzę, że najlepszą odpowiedź da porównanie naszej pracy z wymienionemi artykułami kol. Lewkowicza (Przegl. lek. 1900). (*Streszczenie własne*).

Kol. Lewkowicz w odpowiedzi kol. Drobie podaje:

Kol. Droba porusza szczegóły, do sprawy nie należące, np. sprawę opisanego przezemnie ziarenkowca, podobnego do meningokoka, przypisując mi, jakobym identyfikował tego ziarenkowca z jednym z jego ziarenkowców, podczas gdy podobne zidentyfikowanie było dla mnie niemożliwem już choćby dlatego, że cechy ziarenkowców, wspomnianych przez kol. Drobę, są mi znane tylko w przybliżeniu z odczytu. Mój ziarenkowiec jest niewątpliwie bardzo zbliżony do *micrococcus catarrhalis* Pfeiffera, należałby wraz z nim do grupy *micrococcus catarrhalis*, do której Lehmann i Neumann zaliczają także meningokoka i gonokoka, różniłby się jednak od niego bardzo wyraźnie wzrostem na agarze, tworzy bowiem kolonie bardzo cienkie, drobne, zupełnie przeźroczyste, stąd niebieskawe, podobne do kolonii pneumokoka, regularnie zaokrąglone, zaś *micrococcus catarrhalis* kolonie białawe, zatem mniej lub więcej nieprzeźroczyste, na agarze z krwią zupełnie nieprzeźroczyste (Flügge 1896), podobne do kolonii gronkowca, o brzegach nieregularnie powyżeranych.

Co do kwestyi zasadniczej, to chodziło mi o stwierdzenie, czy kol. Droba miał podstawę przedstawić w odczycie (nie mogłem naturalnie mówić o pracy, która się dopiero drukować będzie) sprawę w ten sposób, że co do etyologii i epidemiologii nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych znanem jest tylko przypuszczenie wnikania meningokoka do opon z nosa, i że »zresztą sprawa pokryta jest (jak się wyraził) zupełnym mrokiem«?

Oto są szczegóły, które uważam za fakty, nie ulegające wątpliwości: 1) Zapatrywanie kol. Droby, mianowicie, że osoby z otoczenia chorych, mające zakażone błony śluzowe nosa meningokokiem, są głównymi roznosicielami choroby, pokrywa się w zasadzie z zapatrywaniem mojem, że choroba szerzy się jako *rhinitis meningococcica* (naturalnie z mniejszymi lub większymi objawami) i że na tem tle niejako w postaci powikłania rozwija się sporadycznie zajęcie opon. Różnica polegałaby co najwyżej na tem, że kol. Droba nie stwierdzał u roznosicieli nieżytu nosa, tylko zakażenie. Ja myślałem o nieżycie, gdyż u osób z zapaleniem opon w niektórych przypadkach można stwierdzić wyraźny nieżyt. Że bez zajęcia opon możliwy jest swoisty nieżyt, a zatem i możliwy udział danych osobników w rozwlekaniu zarazy, świadczy przypadek Kiefera. W jaki sposób przenosi się nieżyt, jest sprawą drugorzędnego znaczenia. Kol. Droba sądzi, że przez powietrze, zanieczyszczone zakażonym pyłem, ja sądziłbym, że, jak inne nieżyty zakaźne, przez zetknięcie bezpośrednie i zakażenie kropelkami. 2) Zapatrywanie moje było kol. Drobie znanem przed rozpoczęciem jego badań. 3) Badania kol. Droby, o ile dotyczą epidemiologii danej choroby, potwierdzają tylko wypowiedziane już zapatrywanie, nie przynoszą zaś żadnej zasadniczo nowej myśli.

Mimo tych faktów kol. Droba w odczycie tak rzecz przedstawił, jakoby zapatrywanie jego na epidemiologię było wynikiem wyłącznie jego badań. Czy i o ile zapatrywanie moje miało wpływ na tok badań kol. Droby, stwierdzać niepodobna, ale pominięte milczeniem w odczycie także być nie powinno, gdyż wielu kolegów, nie zajmujących się specyalnie przedmiotem, pracy drukowanej czytać prawdopodobnie nie będzie.

Kol. Droba odmawia uprawnienia rozumowaniom, opartym na stwierdzeniach mikroskopowych meningokoka poza oponami, mianowicie na błonach śluzowych, kwestyonując wartość tych stwierdzeń. Rzeczywiście można obecnie twierdzić, że dani badacze nie udowodnili ściśle, iż to, co widzieli i uważali za meningokoka w wydzielinach błon śluzowych, było rzeczywiście meningokokiem, ale — mianowicie co do wydzieliny nosa, a o tę głównie chodzi — nie można twierdzić, że to nie były meningokoki, gdyż dalsze badania, między innemi i kol. Droby, potwierdzają, że meningokok często u chorych i u osób z otoczenia chorych na błonach śluzowych nosa się znachodzi. Ale i bez znajomości jakiegokolwiek zarazka rozumowanie, doprowadzające do racyonalnego — jak się obecnie okazuje — zapatrywania na epidemiologię zapalenia opon nagminnego, możliwe było dla każdego, kto zauważył związek między zajęciem opon i zajęciem nosa, zajęcie opon uważał za następowe, a nieżyt swoisty nosa za zaraźliwy. Mnie np. nasunął się związek z zajęciem nosa, kiedy byłem jeszcze studentem medycyny, o chorobie słabe miałem wyobrażenie, a o zarazku nic nie wiedziałem, na podstawie obserwacyi piorunującego przypadku zapalenia opon nagminnego (sekcya). Objawy mózgowe trwały tu wogóle tylko kilka godzin, dzień zaś przed ich wystąpieniem zauważyłem nieżyt nosa objawiający się między innemi utrudnieniem oddychania przez nos. Przypadek ten utkwił mi głęboko w pamięci, a związek w nim zauważony był jednym z głównych punktów wyjścia dla mego wnioskowania. (*Streszczenie własne*).

III. Wybrano jednomyślnie komitet przedwyborczy, przedstawiony przez wydział towarzystwa.

IV. Kol. Wachtel przedstawia przypadek **zapalenia wyrostka sutkowego, leczonego** skutecznie **przekrwieniem biernem.**

V. Prof. Marchlewski wygłosił zapowiadany odczyt: **O wynikach najnowszych badań nad barwikiem krwi i chlorofilem.** W dyskusyi zabierał głos kol. doc. Seńkowski

Za sekretarza dorocznego: *Dr. T. Cybulski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

XV kongres międzynarodowy w Lizbonie. W uzupełnieniu ostatniego komunikatu z dnia 1 stycznia 1906 r. podajemy do wiadomości Szanownych Kolegów jeszcze następujące szczegóły: Oprócz wymienionych już sposobów podróżowania morzem przyjdzie prawdopodobnie do skutku podróż z Genui. Bliższych szczegółów dowiemy się później. Komitet wykonawczy w Lizbonie zamierza zorganizować podróże okrężne w Portugalii i w południowej Hiszpanii po znacznie zniżonych cenach. Firma Cook w Wiedniu przedłużyła termin zgłoszenia się do wzięcia udziału w podróży parowcem »Thalia« z Tryestu do 20 lutego. Gdyby jednak nie zgłoszono dostatecznego udziału, podróż ta nie przyjdzie do skutku. Koledzy chcący przyłączyć się do której ze wspólnych podróży do Lizbony, winni się zgłosić wprost do wymienionych biur[1]) podróżnych, nie zaś do komitetu polskiego, który

[1]) Dla podróżujących parowcem »Oceania«: Hamburg-America-Linie, Abteilung für Vergnügungsreisen, lub: Reisebureau der Hamburg-Amerika Linie, Berlin W. Unter den Linden 8, lub Jeneralna Ajencya dla Galicyi, Lwów, ul. Grodecka 95. — Dla podróżujących parowcem austryackiego Lloydu »Thalia« biuro firmy: Cook and Son, Wien, Stephansplatz 4. — Dla podróżujących z Włoch: M. Giovanni Chiari, Via de Rustici 2 Firenze (Florencya).

nie może zajmować się pośrednictwem i zamawianiem miejsc, a udziela tylko na żądanie informacyi przez sekretarza komitetu p. Doc. Dra. Majewskiego, Kraków, ul. Szczepańska 11.

Chcąc zapisać się na członka Kongresu, trzeba zgłosić się do sekretarza naszego Komitetu, który nadeszle odpowiednie drukowane informacye, dotyczące Kongresu, a także schematy do wpisania się. Wpisujący winien wpisać sekcyę jedną czy kilka, do których chce należeć. Wypełniony bilet przesyła się skarbnikowi p. Dr. Słapie, Kraków, ul. Kolejowa 4, załączając 25 franków (czyli 25 koron = 20 marek = 10 rubli) z dodaniem jednej korony na pokrycie kosztów administracyi i przesyłek. Panie, towarzyszące członkom Kongresu, korzystają z wszelkich udogodnień i zniżek podróży, a także z uroczystości, urządzonych na cześć kongresistów. Wpisy za każdą damę (żonę, córki, siostry) wynoszą połowę wpisowego, należącego się od członka Kongresu, a zatem 12·50 franków. Nazwiska pań towarzyszących wpisuje się na osobnym schemacie, dołączonym do schematu dla zgłoszenia uczestnictwa (Bulletin d'inscription pour dames).

O pomieszkania będzie w Lizbonie trudno, dlatego dziś już trzeba wprost pisać do biura pomieszkań, podając życzenie, czy na jedną, czy kilka osób pomieszkanie pożądane, pod adresem: Mr. Manuel José da Silva, Redaction du »Annuario Commercial de Portugal« Lisbonne, Palacio Foz. (podać przytem seryę i numer karty uczestnictwa, jeżeli ją zgłaszający się już posiada).

Można i bilet zgłoszenia się (billet d'adhésion) i pieniądze posłać wprost na ręce jeneralnego sekretarza komitetu wykonawczego pod adresem: Mr. le professeur Miguel Bombarda, Lisbonne, Nova Escola Medica, a komitet polski łaskawie uwiadomić o dokonanym fakcie.

Tytuły prac naukowych, mających się na Kongresie wygłosić, winny być podane przed 1 marca, z dodaniem krótkiego streszczenia w języku francuskim, niemieckim lub angielskim.

Komitet polski dla XV międzynarodowego lekarskiego kongresu w Lizbonie.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz, prezes.

Wiadomości bieżące.

Kraków, 8 lutego.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło we środę dnia 7 b. m. posiedzenie, na którem kol. prymaryusz Bogdanik miał wykład p. t. »Kreolina w chirurgii«, a kol. Bier wykład »O zafałszowaniu przypraw korzennych«.

— Wydział lekarski lwowski uchwalił przedstawić doc. pryw. dr. Bikelesa do tytułu profesora nadzwyczajnego.

— Wydział krajowy galicyjski mianował krajowym inspektorem szpitali dr. Józefa Łuszczkiewicza, dotychczasowego dyrektora szpitala w Sokalu.

— W Towarzystwie lekarskiem łódzkiem wybrano na rok 1906 prezesem dr. Jasińskiego, a wiceprezesem dr. Seweryna Sterlinga.

— Rada miejska lwowska uchwaliła wykonywać odkażenie mieszkań po chorobach zakaźnych zawsze na koszt gminy, bez względu na stan majątkowy stron. Niema wątpliwości, że uchwała taka wpłynąć musi bardzo korzystnie na poprawę stosunków zdrowotnych, gdyż dopóki za odkażenie płaciły strony, często uchylano się od odkażenia, tając przypadki zakaźne.

— Niemiecki wydział lekarski w Pradze oświadczył się za dopuszczeniem kobiet do habilitacyi, filozoficzny zaś przeciw temu.

— Na tegorocznym międzynarodowym zjeździe lekarskim w Lizbonie wykładać będą na posiedzeniach ogólnych: Brissaud (»Infantilismus«), Aaser (»Stosunek ostrych chorób zakaźnych do gruźlicy«), Sodré (»Patologia okolic podzwrotnikowych«), Neumann (»Anatomiczne podstawy nawrotów kiły i sposoby ich zwalczania«), Tarchanoff (»Rad w biologii i w medycynie«), Reclus (»Miejscowe środki znieczulające«), Bergmann (»Zadania nowoczesnej chirurgii«), nadto Manson i Esquerdo, którzy jeszcze nie podali tytułu wykładów. Dotychczas zgłoszono na zjazd (który będzie się dzielić na 17 sekcyi) 233 wykładów i odczytów.

— 35 zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie 4—7 kwietnia. Tematami obrad będą: 1) Zagadnienia z chirurgii polowej na zasadzie doświadczeń, zebranych w wojnie rosyjsko-japońskiej. 2) Chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka. 3) Dalszy rozwój operacyi wysoko usadowionych raków odbytnicy. 4) Leczenie ostrych zapaleń przekrwieniem biernem.

— Międzynarodowy zjazd laryngo-rynologiczny odbędzie się w Wiedniu 21—25 kwietnia 1908. Organizuje go wiedeńskie Towarzystwo laryngologiczne ze względu na 50-tą rocznicę stworzenia klinicznej laryngologii przez Türcka i Czermaka.

— W Medyolanie odbędzie się 26—30 września b. r. zjazd międzynarodowy w sprawie opieki nad obłąkanymi. Zgłoszenia przyjmuje prof. Ferrari, Bertalia, Bologna.

— 74 zebranie »British medical Association« odbędzie się 21—24 sierpnia 1906 w Toronto.

— Termin tegorocznego zjazdu balneologów niemieckich i austryackich oznaczono na 2—6 marca.

— W berlińskiej »Charité« utworzono schronisko dla chorych na raka.

— Berlińska »deputacya szkolna« postanowiła dla chorych dzieci szkolnych utworzyć »szkoły w lesie« (uzdrowiska leśne z nauką szkolną), w których dzieci pozostają zimą i latem, powracając do szkół zwykłych dopiero po zupełnem wyleczeniu.

— Ciekawy przyczynek historyczny podaje dr. Lachs w pracy p. t. »Z dziejów nierządu w Krakowie« (*Krytyka lek.* 1906, Nr. 1). W r. 1388 rajcy krakowscy nie mogąc dłużej znieść wybryków nierządnic krakowskich, wypędzili je z miasta, gdy zaś ten środek nie położył tamy nierządowi, zwrócili się do Dominikanina mistrza Falkenberga, profesora teologii, z prośbą o pouczenie ich, 1) czy należy w ogóle nierządnice w mieście ścierpieć i 2) czy można się zgodzić na istnienie publicznych domów nierządu. Odpowiedź Falkenberga, przytoczona przez autora, kładzie nacisk na to, że z powodu niedoskonałości człowieka po wypędzeniu nierządnic wyniknie większe zło w postaci cudzołoztwa, gwałtu, kazirodztwa i innych niedozwolonych sposobów zaspokojenia popędu płciowego. Godząc się więc z koniecności na ich pobyt w mieście, należy im dać mieszkanie, jako zaspokojenie najpierwotniejszych potrzeb.

Mianowani: Docenci Berger (psychiatra), Noll (fizyolog) i Grober (internista) w Jenie prof. nadzwyczajnymi; doc. Steudel (fizyolog) prof. nadzwyczajnym w Heidelbergu.

Wezwani: Na miejsce prof. Rankego do Monachium profesor Czerny z Wrocławia; na miejsce prof. Bertholda do Królewca prof. Leutert z Giessen; na miejsce prof. Kunkela do Würzburga prof. Straub z Marburga; prof. Noorden przyjął katedrę medycyny wewn. w Wiedniu po Nothnaglu.

Zmarli: Chirurg prof. n. Kolaczek w 63 r. ż. we Wrocławiu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Barszczewski: Dziesięciolecie promieni X w medycynie praktycznej. Kijewski: Kilka uwag w kwestyi stosowania nefrektomii przy kamicy nerkowej. Starkiewicz: Ze statystyki chorób płuc w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus.

— *Medycyna* Nr. 4. Anastazy Landau: O zawartości acetonu we krwi i w narządach. Heiman: Przypadek ostrego ropnia zrazą skroniowego przez ostrą sprawę ropną w uchu wywołanego.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 5. Sołowij: O wartości sztucznego przedwczesnego porodu przy zwężeniu miednicy. Mindes: Przyczynek do techniki wywoływania przekrwienia biernego metodą Biera.

— *Kronika lekarska* Nr. 1 i 2. Giedgowd: Przymiot pozapłciowy. Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce.

— *Głos lekarzy* Nr. 3. — Strejk lekarzy dolno-austryackich. Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej. — Dziesięciolecie Izb lekarskich. — Mikołajski: Partactwo lecznicze w Galicyi. — Z praktyki sądowo-lekarskiej. — Mikołajski: Ważne usterki w sprawowaniu policyi sanitarnej. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 4. Spilka: O methodach zjištěni počtu zárodků bakteriálních ve prostorové jednićce ústředí a o bakteriologických počitadlech. Cisler: Nová anaesthetika w rhino-laryngologii. Kukula: O chirurgické therapii cholelithiasy. Ostreil: O vitalité předčasně narozených dětí.

— *Presse médicale* Nr. 7. Broca: Wrodzone wyższe ustawienie łopatki. Faure: Sposób Biera. Desfosses: Najlepszy sposób szycia po wycięciu kawałka jelita. — Nr. 8. Tuffier: Otwieranie opłucnej bez odmy opłucnej. Mahé: Czy istnieje zapalenie jamy ustnej, wywołane przez kauczukowe nadstawki zębowe.

— *Semaine médicale* Nr. 5. Remouchamps: O przewlekłem śluzoworopnem zapaleniu ślinianki przyusznej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5. Edlefsen: Jodan sodowy, a zapalenie opon mózgowordzeniowych. Lewiński: O zakryciu cukru gronowego i glukosaminu przez inne ciała, obecne w roztworze. Holzknecht: O radyologicznem badaniu żołądka w ogólności i znaczeniu jego w rozpoznawaniu rozpoczynającego się raka w szczególności. Finder: O alypinie w praktyce ryno-laryngologicznej. Rollin. Kliniczne doświadczenia co do niedokrwistości. Stoeckel: Pubiotomia, nowy sposób rozszerzania miednicy ścieśnionej.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5. Liebl: O znieczulaniu miejscowem zapomocą nowokainy z suprareniną. Steinbüchel: Śródotrzewne skrócenie więzadeł według Mengego. Rosenberger: O wydzielaniu kwasu moczowego i zasad ksantynowych w czasie leczenia promieniami Röntgena u 2 chorych na białaczkę i jednego chorego na białaczkę rzekomą. Levy: Oznaczanie ilości cukru w moczu. Moro: Precypityna mleka krowiego we krwi 4½-miesięcznego wyniszczonego dziecka. Loeb: Przypadek przetoki żołądkowopłucnej. Daxenberger: Przypadek pneumokokowego zapalenia płuc z wyleczeniem. Wolff: Nauka o endotoksynach. Löwenstein: Nadmierna wrażliwość i przyspieszony odczyn. Koeppe: Śmiertelność osesków, a dobór według Darwina.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Eppinger: W sprawie zatrucia kwasami. Ludwig, Panzer i Zdarek: O cieplicy w Vöslau. Freund: Kratkowate zaćmienie rogówki. Beer: W sprawie etyologii gorączki połogowej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 5. Lewin: Los obcych ciał chemicznych w ustroju ludzkim, a w szczególności ich wydzielanie. Zunker: Czy ustrój ludzki potrzebuje sztucznych środków podniecających? Hofmeier: „Cięcie cesarskie przez pochwę“ i „era chirurgiczna“ w położnictwie. Westenhoeffer: O ropieniu około przysadki mózgowej i innych godnych uwagi zmianach w zakażeniu opon mózgowordzeniowych. Lüdke: Spostrzeżenia nad dysenteryą, wywołaną przez prątki, w Barmen. Kaliski: Nowy sposób badania chemizmu żołądka w czasie trawienia bez użycia zgłębnika. Rothmann i Mosse: Zatrucie pyrodyną u psów. Rosenfeld: Ostry wól jako skutek choroby morskiej.

Redakcya otrzymała: S. Serkowski: Materyały do nauki o odporności (Odb. z „Czasop. lek.“ 1906). Beck: 1) Zjawiska elektryczne kory mózgowej po częściowem jej zniszczeniu. Kraków, Rozpr. Akad. Umiej. 1906. 2) Elektrische Erscheinungen in der Hirnrinde nach partieller Exstirpation derselben. Kraków, Biul. Akad. Umiej. 1905.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 5 (od dnia 28/I do 3/II) **urodziło się** dzieci: żywo chł. 33, dziew. 21; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 19, kob. 13; zamiejscowych: męż. 17, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 10. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 3, ob. 2. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 28.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4) we środę dnia 14 lutego 1906 o godz. 6 wieczorem, na którem koledzy: prof. Piltz i dr. Rydel przedstawią chorych z kliniki neurologicznej.